Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8170702
Centre d'intérêt: 98

Richard, Jeanne-Aimée.

Perception de la performance des infirmières diplômées de C.E.G.E.P / par Jeanne-Aimée Richard. -- [Montréal] : Collège du Vieux-Montréal, Centre de ressources didactiques, Service de recherche, 1973.
ix, 169 f. : 15 graph. ; 28 cm. -- (Recherche / Collège du Vieux-Montréal, Centre de ressources didactiques, Service de recherche ; 5)

"Mémoire... Maîtrise es Arts". -- Université de Montréal, Faculté des sciences de l'éducation. Bibliographie: f. 168-169.

Cote Dewey: 610.73'07'0714/R512p Cote LC: RT/81/.C38

Descripteur(s): *Evaluation par l'employeur *Evaluation du personnel *Evaluation de programmes *Formation professionnelle *Techniques biologiques *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Techniques infirmières *Evaluation de la formation

Ce mémoire examine, après quatre années, les effets de l'intégration de la formation infirmière à l'intérieur des cégeps sur la perception de leur performance. Il s'agit d'examiner les opinions et les attentes des infirmières-chefs et des diplômées de cégeps et l'évaluation des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes. Cela devrait permettre de savoir comment sont perçues et se perçoivent les infirmières issues du cégep lorsqu'intégrées au marché du travail, ce qui fait leurs forces et leurs faiblesses.

A partir d'une liste d'objectifs préparée par des professeurs, une série de critères à atteindre a été élaborée qui a été traduite en questions d'évaluation. Deux questionnaires (reproduits en annexe) ont été utilisés, l'un destiné à 66 infirmières-chefs, l'autre aux 120 diplômées qu'elles évaluent, lesquelles proviennent de quatre cégeps et travaillent dans sept hôpitaux . L'enquête a eu lieu dans la région montréalaise. On relève parmi les méthodes d'analyse statistique utilisées la distribution de fréquence, le chi carré et le coefficient de corrélation. L'enquête a été effectuée en avril et mai 1973 et portait sur des finissantes de 1971 et 1972.

Dans l'ensemble, les évaluations sont supérieures à la moyenne, les blocs les plus faibles concernant la communication et la diététothérapie. Les diplômées de 1971 sont mieux cotées que celles de 1972, ce qui permet de conclure que la formation de la diplômée se complète dans et par le monde du travail. Par ailleurs, la différence est non significative entre l'hétéro- et l'auto-évaluation.

Type de document: r

Région(s) administrative(s): 06
Auteur de l'analyse: ar

E D U Q 8170702

G 89

Collège
du
Vieux Montréal
Centre de ressources didactiques
Service de recherche

OCT 1974
REÇU
DIGEC

Collection RECHERCHE 5

Perception de la performance des infirmières diplômées de C.E.G.E.P.

Jeanne-Aimée Richard
professeur

E D U Q 8170702

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PERCEPTION DE LA PERFORMANCE DES INFIRMIÉRES DIPLOMÉES DE C.É.G.E.P.

PAR
JEANNE-AIMÉE RICHARD
ENSEIGNEMENT SECONDAIRE ET COLLÉGIAL
FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

MÉMOIRE PRÉSENTÉ A LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
EN VUE DE L'OBTENTION DE LA
MA!TRISE ES ARTS

SEPTEMBRE 1973

Collège
du
Vieux Montréal

Siège social
200 ouest rue Sherbrooke
C.P. 444 Station N
Montréal 129
842-7161

(C.R.D.)
Centre de Ressources Didactiques:
Service de recherche

Montréal, le 10 juin 1974

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint, copie de la recherche effectuée par Mademoiselle Jeanne-Aimée RICHARD, sur la "PERFORMANCE DES INFIRMIERES DIPLOMEES DES CEGEPS".

Nous tenons à excuser notre retard en ce qui a trait à la diffusion des résultats.

En effet, plusieurs circonstances incontrôlables nous ont obligés de reculer la date de publication du document.

Nous souhaitons vivement que votre hâte de prendre connaissance de cette analyse n'en sera pas diminuée.

Veuillez agréer, l'assurance de nos sentiments distingués.

Jeanne-Aimée Richard
Jeanne-Aimée RICHARD,
Professeur

Luce Goerlach-Seers
Luce GOERLACH-SEERS, coordonnatrice
Service de recherche.

PJ. : 1
LGS/ac.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous désirons exprimer notre reconnaissance à monsieur Viateur Lemire, professeur agrégé, directeur de ce mémoire, pour son encouragement, son intérêt et son assistance constante et éclairée.

Notre gratitude s'adresse aux membres du personnel du Service de Recherche et du Service de l'Informatique du Collège du Vieux Montréal, à l'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec, ainsi qu'aux membres du personnel des Institutions concernées dont la précieuse collaboration nous a permis de rendre à terme cette recherche.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Table des matières

Introduction 1

Chapitre premier - Présentation du problème 5
- Contexte théorique et descriptif 10
- Hypothèses 16
- Définitions opérationnelles 17

Chapitre deuxième - Méthodologie 21
- Milieu 22
- Sujets 26
- Instrument de mesure 27

Chapitre troisième - Analyse des données 30
- A. Méthode d'analyse 31
- B. Présentation et interprétation des résultats .. 31
  1. Caractéristiques générales de l'échantillon. 32
  2. Opinions et attentes au regard de la formation et la performance des infirmières diplômées de CEGEP 46
  3. Hétéro-évaluation et auto-évaluation 60
     a) Données relatives à l'évaluation 60
     b) Facteurs susceptibles d'influencer les évaluations 104
     c) Conclusions relatives à l'évaluation 122

Conclusion 131

Appendice A - Les questionnaires 135

Appendice B - Objectifs servant de base à la construction du questionnaire d'évaluation 153

Appendice C - Correspondance 161

Références 167

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Liste des tableaux

I. Distribution des sujets par hôpital selon les effectifs prévus et réels 23

II. Répartition des diplômées selon les CEGEP et l'année de promotion 25

III. Répartition des sujets dans les unités de soins 36

IV. Distribution des diplômées selon la provenance du milieu CEGEP-Hôpital 40

V. Distribution par hôpital des postes occupés par les diplômées 41

VI. Distribution par CEGEP des postes occupés par les diplômées 42

VII. Répartition des diplômées en fonction du poste occupé et de l'année de promotion 43

VIII. Distribution des causes d'insécurité selon les infirmières-chefs et les diplômées 51

IX. Distribution des infirmières-chefs en regard des soins spécifiques de Nursing 54

X. Relation entre les attentes des infirmières-chefs en regard de certains soins de nursing et la perception qu'elles ont de la formation clinique médico-chirurgicale 56

XI. Evaluation détaillé des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères relié au premier objectif 61

UNIVERSITE DE MONTREAL

XII. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du premier objectif 66

XIII. Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au deuxième objectif 68

XIV. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du deuxième objectif 73

XV. Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés aux troisième objectif 75

XVI. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du troisième objectif 79

XVII. Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au quatrième objectif 81

XVIII. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du quatrième objectif 85

XIX Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères du cinquième objectif 87

XX. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du cinquième objectif 90

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

XXI. Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au sixième objectif 92

XXII. Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du sixième objectif 97

XXIII. Ecarts extrêmes et cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation 101

XXIV. Corrélations entre les blocs soit d'hétéro-évaluation soit d'auto-évaluation 103

XXV. Influence de l'expérience professionnelle des infirmières-chefs sur leur évaluation des diplômées 107

XXVI. Comparaison de l'hétéro-évaluation et de l'auto-évaluation en fonction des hôpitaux 113

XXVII. Comparaison, en fonction de l'année de promotion, des cotes moyennes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation.. 116

XXVIII. Comparaison, en fonction de l'année de promotion des cotes d'hétéro-évaluation attribuées à chacun des blocs d'évaluation 118

XXIX. Présentation des cotes moyennes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation, pour chaque bloc et pour l'ensemble, après réduction à une échelle à cinq points..... 126

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Liste des figures

1. Distribution des réponses des infirmières-chefs au sujet de leur niveau de formation professionnelle 33

2. Distribution des réponses des infirmières-chefs quant à leur expérience professionnelle 34

3. Distribution des réponses des infirmières-chefs quant à leur expérience comme infirmière-chef 35

4. Répartition de la durée d'emploi de la diplômée à l'unité de soins actuelle 37

5. Distribution des diplômées quant aux postes actuellement occupés 39

6. Opinions des infirmières-chefs quant à la durée d'essai et la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial 49

7. Opinions des diplômées quant à la durée d'essai et la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial 49

8. Comparaison de l'insécurité perçue par les infirmières-chefs avec l'insécurité ressentie par les diplômées 50

9. Distribution des sommes des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au premier objectif 64

10. Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au deuxième objectif 71

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

11. Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au troisième objectif 77

12. Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au quatrième objectif 83

13. Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au cinquième objectif 88

14. Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au sixième objectif 95

15. Distribution de l'ensemble des cotes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation pour les six objectifs 99

Introduction

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Au Québec, depuis 1967, et surtout 1968, le cours d'infirmière est dispensé par les Collèges d'Enseignement Général et Professionnel (CEGEP).

Ce phénomène de l'intégration de la formation infirmière à l'intérieur des structures du ministère de l'Education est encore récent, puisque l'année 1970 ne comptait que cent quarante-six diplômées sortant de trois CEGEP pour accéder au marché du travail. Actuellement quarante centres de formation de techniques infirmières sont à l'oeuvre et couvrent toute la province. Nous pouvons dire que, quatre années après ces transformations radicales, peu d'études systématiques ont été entreprises pour tâcher d'évaluer le "produit fini" et la qualité de sa performance.

Nous reconnaissons que la majorité des gens se sentent menacés par l'idée du changement. Il est alors normal que bien des doutes et des opinions controversées circulent sur le bien-fondé de cette nouvelle formation infirmière au cours collégial. Nous croyons y déceler une réaction d'adaptation face à un changement un peu trop rapide.

Il n'y a pas que le monde médical qui soit concerné par cette révolution de la formation infirmière, c'est la population en général qui est sensibilisée au problème qui se pose quant à la valeur de la formation pédagogique et

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

surtout quant à la compétence de ces nouvelles infirmières, les diplômées elles-mêmes s'interrogent sur leur préparation en fonction des besoins du milieu.

Toutes ces interrogations et ces doutes expliquent le choix d'une étude de la situation, pour tenter de découvrir la perception de la performance des infirmières diplômées de CEGEP à l'oeuvre dans la région métropolitaine.

L'objectif de cette recherche descriptive est l'étude des opinions et des attentes des infirmières-chefs et des diplômées de CEGEP, puis de l'évaluation des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes, afin d'en vérifier la corrélation.

Nous cherchons d'abord à connaître certaines variables susceptibles d'influencer l'évaluation des diplômées à savoir: le statut professionnel de l'infirmière-chef, ses connaissances sur le programme de formation, et sur la durée de l'expérience clinique médico-chirurgicale au cours collégial; puis la provenance des diplômées, leur année de promotion; enfin les attentes des infirmières-chefs en regard de certains soins de nursing.

L'ensemble des faits observés et analysés devrait nous permettre de mieux connaître le "produit fini",

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

comment sont perçues et se perçoivent les infirmières cégépiennes lorsqu'intégrées au marché du travail, ce qui fait leurs forces et leurs faiblesses.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Chapitre premier

Présentation du problème

Les problèmes posés par le transfert de la formation infirmière à l'intérieur des structures du ministère de l'Education sont réels. Toutefois, le phénomène de transition est trop récent au Québec pour avoir donné lieu à des recherches systématiques nombreuses sur l'évaluation de ce nouveau programme. Sont ici considérés, les écrits permettant de comprendre l'évolution de l'enseignement du nursing, et de situer le problème dans son cadre théorique.

L'avènement du ministère de l'Education et la mise en application du Rapport Parent en 1967 révolutionnent le système d'éducation au Québec. Cette période marque un tournant important dans l'histoire du nursing. La formation infirmière est enfin intégrée aux structures éducationnelles provinciales. Les étudiantes sortent donc des écoles traditionnelles d'hôpitaux pour accéder aux Collèges d'Enseignement Général et Professionnel.

Ce n'est pas trop tôt, puisque déjà en 1932, la première enquête à l'échelle nationale au Canada préconisait un tel changement. Le rapport compare les exigences quant à la formation des médecins, des avocats, ou des instituteurs, et souligne, qu'il n'y a aucune raison qu'il en soit autrement dans le cas de la formation des gardes-malades. "La formation des gardes-malades devrait être intégrée dans le régime

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

éducationnel provincial au même titre que l'est la formation des instituteurs. " (Weir p. 116).

En 1955, soeur Denise Lefebvre, dans une recherche sur les techniques d'évaluation des écoles d'infirmières, mentionne l'intérêt que nous aurions d'analyser les tendances actuelles soit: "La création d'écoles financièrement indépendantes de l'hôpital; l'intégration de la formation infirmière dans le système d'Education du pays." (p.186).

La même ligne de pensée se retrouve chez Mussalem (1964) qui propose différents objectifs dont le suivant: "To propose a plan for the development of nursing education program within the general educational system of the country." (p.7).

L'Association des Infirmières de la Province de Québec, par un mémoire présenté en 1962 à la Commission Royale d'Enquête sur l'Enseignement, préconise un projet de cinq ans dans le but de doser le changement, d'en faciliter l'acceptation, et surtout, de permettre une préparation adéquate des professeurs, un contrôle des programmes et une planification des champs cliniques.

En 1965, l'Association revient à la charge, suggère un projet pilote en vue de l'intégration de la formation in-

firmière au ministère de l'Education. Le mémoire souligne l'opportunité de deux programmes pour faciliter l'inévitable période de transition brisant une tradition vieille de soixante-quinze ans.

Un aspect très positif de ce transfert, est l'accent mis sur l'apprentissage de l'élève en formation, plutôt que la réponse aux besoins du milieu. Cette nouvelle orientation de l'enseignement du nursing, faisant suite aux recommandations du Rapport Parent, n'est pas, selon le mémoire, sans susciter de nombreux problèmes d'ordre administratif, pédagogique et économique. L'Association, toutefois, semble optimiste:

> L'éducation infirmière et la formation du personnel auxiliaire intégrées au système d'éducation publique au Québec serait un élément nouveau qui, de prime abord semble désirable. L'aspect éducatif serait mieux compris et, de là, mieux secondé qu'il n'est possible dans les structures actuelles. (p. 1).

Le contrôle et la supervision de l'enseignement pédagogique et clinique sont désormais sous la dépendance des institutions d'enseignement, et de l'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec. Les étudiantes-infirmières, indépendantes du milieu, séjournent dans les hôpitaux en fonction de leur apprentissage clinique.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec note, dans une étude faite en 1969 par un comité ad hoc, que "le système traditionnel contenait inévitablement des répétitions inutiles du point de vue éducatif, mais sûrement utiles du point de vue service, assimilation et dextérité manuelle." (p. 9).

Dans cette même étude, l'Association précise que la formation infirmière a pour but: "de former du personnel infirmier compétent, apte à assurer la responsabilités des soins infirmiers, apte à remplir des fonctions de service général dans les services de santé." (p. 3).

Dans une étude ultérieure (1972), l'Association semble s'alarmer du niveau de formation académique du personnel enseignant: "Nous courons le risque en nursing, d'avoir procédé à une réforme des structures et d'avoir omis l'essentiel: la réforme de la qualité de l'enseignement." (p. 9).

Pour évaluer la qualité de la formation et la compétence des enseignants à l'oeuvre, peut-être serait-il opportun d'amorcer une étude systématique sur les infirmières qui sortent de nos collèges pour accéder au marché du travail? Actuellement, aucune recherche scientifique ne permet de juger si le cours dispensé au niveau collégial remplit son rôle.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Contexte théorique et descriptif

Après ce bref aperçu sur les écrits concernant l'évolution du nursing, surtout au niveau des structures, nous abordons maintenant le coeur du problème: l'évaluation. Deux ans avant l'implantation des CEGEP dans la Province de Québec, soeur Jeanne Forest (1965) souligne que l'évaluation de l'expérience clinique de l'étudiante-infirmière est un des grands problèmes actuels dans les écoles d'infirmières. La passation du cours traditionnel de la formation infirmière au ministère de l'Education ne semble pas résoudre le problème d'évaluation de l'étudiante-infirmière ou de l'infirmière diplômée.

Dans les écoles traditionnelles, les critères d'évaluation dépendent habituellement de la philosophie de chaque institution. Le renouveau pédagogique n'a pas transformé le milieu clinique où évolue l'infirmière du cours collégial. Les critères d'évaluation, s'ils tendent à répondre aux objectifs fixés par la Direction Générale de l'Enseignement Collégial au CEGEP, risquent de ne pas rencontrer les critères du milieu clinique, qui varient selon la philosophie, les diverses politiques propres aux ressources du milieu.

En 1955, dans une recherche sur l'évaluation des Ecoles d'infirmières, soeur Denise Lefebvre propose un question-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

naire pour atteindre une formule efficace et identique dans les différentes écoles d'infirmières.

La première recherche systématique, effectuée en 1965 par soeur Jeanne Forest, invoque la nécessité d'objectifs communs ayant des critères de rendement bien déterminés. L'analyse des incidents critiques de cette recherche, "montre que 69% portent sur les divers aspects du soin des malades et 15% sur les traits de personnalité, ce qui est proportionnellement inverse du contenu des formules d'évaluation". (p.162).

Depuis l'existence des CEGEP, les étudiantes-infirmières reçoivent l'enseignement théorique à l'intérieur des structures du système d'éducation, et l'apprentissage clinique dans divers secteurs de la santé. L'évaluation est donc dépendante du milieu de formation pédagogique et du milieu du marché du travail. Quoique certains objectifs soient généraux pour l'ensemble des Collèges de la province, il semble que les formules d'évaluation de chacun varient selon la priorité des critères établis par les différents groupes d'enseignants.

L'intégration des écoles d'infirmières d'hôpitaux au système d'enseignement général aux Etats-Unis, débute en 1952. Ce projet de cinq années donne lieu à une étude de Montag (1959). L'évaluation de ce nouveau programme com-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

pare la performance de ces diplômées avec la performance de diplômées formées selon d'autres types de programmes. Cette évaluation indique beaucoup plus de similitudes que de différences. Les commentaires les plus fréquents des infirmières-chefs sont les suivants: "...comments related to interest in nursing, comments related to asking questions when they are not certain, and comments related to their lack of confidence when they first began working." (p. 263).

En général, les diplômées du projet pilote sont satisfaites de leur formation. Montag résume:

> The major portion of the positive comments concerning their preparation dealt with the quality of the instruction in total patient care. The weaknesses they reported were related primarily to the limited amount of practical experience in their program". (p. 300).

Les directrices du nursing en faveur du nouveau programme mentionnent la qualité des soins auprès des malades, l'intérêt à apprendre, les progrès rapides accomplis dans la profession, la performance et l'attitude positive comme membre de l'équipe soignante. Par ailleurs, ces diplômées nécessitent de la supervision et de l'expérience avant d'atteindre une certaine compétence.

En Ontario, le programme de cinq ans débute à Toronto en 1964. C'est le premier programme de formation en nursing

à être intégré au système d'éducation au Canada. Allen (1971) résume comme suit le portrait des diplômées du Ryerson nursing program:

> On the one hand, she is flexible, adaptive and independant. She is able to think things through, applies basic principles and is willing to learn. She is articulate and uses supervisory staff for support and reference. She respects herself and her patient, is interested in her patients and is able to give emotional support to them. She is an eager young woman skilled in communication arts who fits well into the work world. On the other hand, she lacks self-confidence, is initially slower in procedures, needs extra help in taking charge, and in the eyes of the directors of nursing, has not enough experience. (p. 242).

Cette étude semble significative en regard de la performance des diplômées. Fortin dans son mémoire présenté en avril 1972 retrouve les mêmes caractéristiques: un manque d'expérience et un manque d'assurance. Par contre, il semble que la "formation théorique au cours collégial est excellente, et l'acquisition de connaissances en sciences humaines prépare à une approche plus humanisée du patient." (p. 3).

Les diplômées du Ryerson nursing program sont satisfaites du programme et assurent que celui-ci contribue à un développement adéquat d'une infirmière. Elles assurent être bien préparées pour répondre aux besoins du marché du tra-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

vail. Elles sont tout de même conscientes de leur [illegible] au travail, mais par contre elles possèdent plus de souplesse d'adaptation et se sentent plus aptes à saisir une situation.

Lussier (1970) dans une recherche sur l'orientation des diplômées de CEGEP à leur arrivée sur le marché du travail favorise une orientation centrée sur les besoins de l'individu. Elle conclut que le programme d'orientation en vigueur dans le principal hôpital de son échantillon, répond aux besoins des diplômées de CEGEP.

Par contre, en 1971, lors de l'arrivée d'un grand nombre de diplômées de CEGEP dans les hôpitaux, ceux-ci ont, pour la plupart, planifié un programme d'orientation pour ces nouvelles diplômées. Selon un sondage régional des directrices du nursing (région no 6), vingt hôpitaux ont considéré les diplômées en surplus durant l'orientation, et vingt-neuf les ont placées sous la surveillance d'infirmières. D'ailleurs, le rapport propose: "que soit négociée une clause à l'effet que la période d'essai commence à la fin d'une période d'orientation minimum de quatre semaines pour toute nouvelle diplômée." (Recommandation au Comité des Relations de travail de l'A. H. P. Q.).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le rapport de ce sondage présenté en janvier 1972, révèle que les diplômées évaluées après la période d'essai se classent comme suit: moyennes et moyennes supérieures pour les connaissances théoriques; moyennes et moyennes inférieures pour l'organisation au travail; puis moyennes et moyennes supérieures pour l'habileté au travail. A l'intérieur de ce sondage, les diplômées sont évaluées comme suit quant à leur sens des responsabilités auprès des malades; infirmières soignantes: moyennes supérieures; chefs d'équipe: moyennes ou moyennes inférieures; infirmières assistantes: moyennes ou moyennes faibles.

La révision des études précédentes nous offrent un éventail de réflexions et confirment parfois certains de nos postulats.

But de l'étude

La présente étude, à caractère descriptif, a pour but d'évaluer la "perception de la performance des infirmières diplômées de CEGEP."

Cette analyse des faits, au moyen de questionnaires, sans être exhaustive, peut nous renseigner sur la satisfaction des infirmières-chefs et des diplômées quant à leur formation et à leur performance dans les unités de soins, compte tenu de leur expérience sur le marché du travail.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Hypothèses

La première hypothèse concerne la durée de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial. Nous croyons que la quantité de matière et la limitation dans le temps sont deux facteurs peu favorables à l'assimilation des connaissances, ce qui entraîne l'incapacité pour l'élève d'établir des liens théorie-clinique. Ce postulat sert de fond à la présente étude. D'où l'hypothèse suivante:

Hypothèse 1:

La formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial est perçue comme étant trop courte.

La durée de la période d'essai peut compléter une formation jugée trop courte; en effet, l'infirmière diplômée peut alors s'adapter aux particularités du milieu, exécuter des soins absents du champ clinique lors de sa formation. Complémentaire de la première, voici notre seconde hypothèse:

Hypothèse 2:

La durée de la période d'essai (compte tenu de l'hypothèse précédente) est perçue comme étant trop courte.

Les hypothèses suivantes sont directement liées à l'évaluation des infirmières diplômées. Nous nous demandons

d'abord si les diplômées se perçoivent comme elles sont perçues en fonction des critères d'évaluation. D'où la troisième hypothèse:

Hypothèse 3:

Il n'y a pas de différence significative entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation.

Nous croyons devoir porter notre attention sur un facteur spécial: l'année de promotion. Ainsi, nous recoupons notre deuxième hypothèse: les diplômées de 1971 ont accumulé plus d'expérience que les diplômées de 1972. D'où une quatrième hypothèse:

Hypothèse 4:

Il n'y a pas de différence significative dans les évaluations des diplômées de 1971 et de 1972.

Définitions opérationnelles

Pour permettre une meilleure compréhension du texte, nous définissons ici plusieurs termes spécifiques au milieu.

Infirmière-chef:

Infirmière responsable d'une unité de soins. Sa responsabilité s'étend de la coordination des soins de tous les malades de l'unité, aux relations inter-personnelles de l'é-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

quipe médicale et para-médicale. Dans les tableaux, nous utilisons l'abréviation IC.

CEGEP:

Collège d'Enseignement Général et Professionnel qui, au Québec, fait suite à l'enseignement secondaire. La durée est de 2 ou 3 ans selon l'option choisie par l'étudiant.

Diplômées:

Infirmière possédant un diplôme de Technique Infirmières d'un CEGEP de la Province de Québec, en juin 1971 et 1972. La population infirmière étant en majorité féminine, nous adoptons "diplômée" tout au long de cette étude. Dans les tableaux nous utilisons l'abréviation D.

Assistante:

Infirmière assistant l'infirmière-chef dans ses fonctions, et la remplaçant au besoin.

Chef d'équipe:

Infirmière responsable d'une section de l'unité de soins. Elle a la responsabilité d'un certain nombre de malades et la coordination de l'équipe soignante soit une ou plusieurs infirmières et/ou une ou plusieurs auxiliaires.

Techniques infirmières:

Formation en nursing au CEGEP. Le programme est de

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

deux ans pour l'étudiante désirant accéder à l'université, et de trois ans pour l'étudiante se dirigeant vers le marché du travail.

Formation clinique médico-chirurgicale:

Période où l'étudiante-infirmière de CEGEP est en stage d'apprentissage clinique auprès des malades, dans le but de prodiguer des soins de nursing découlant de ses connaissances scientifiques acquises en cours théoriques.

Période d'essai, d'orientation ou d'intégration:

Période qui correspond à l'arrivée de la diplômée de CEGEP sur le marché du travail, et dont le but est de faire connaître la philosophie, les politiques et les particularités du milieu. La durée de cette période varie avec chacune des institutions.

Soins de nursing:

Activités qui, directement ou indirectement, visent à prodiguer des soins au client, et ce sur tous les plans: physique, psychologique et social.

Objectif:

But à atteindre au moyen de un ou plusieurs critères de performance. L'ensemble de ces critères forme un bloc d'évaluation. Objectif ou bloc d'évaluation s'emploient ici comme synonymes.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Performance:

Rendement de la diplômée, qui se manifeste par des comportements mesurables.

Critère ou critère de performance:

Action par laquelle la diplômée manifeste l'atteinte d'un objectif spécifique.

Hétéro-évaluation:

Evaluation de l'infirmière diplômée par son infirmière-chef.

Auto-évaluation:

Evaluation de l'infirmière diplômée par elle-même.

Cote:

Evaluation chiffrée de chaque critère à l'aide du questionnaire.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Chapitre deuxième

Méthodologie

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La méthodologie résume les détails essentiels concernant le choix du milieu, des sujets, la nature de l'instrument et sa construction, puis la description du cheminement lui-même.

Le milieu

Les différentes institutions hospitalières sont choisies dans la région métropolitaine. Quelques critères de sélection sont à la base de ce choix: 1) hôpital général de plus de quatre cents (400) lits, 2) hôpital fournissant un champ clinique aux étudiantes infirmières de CEGEP en stage de formation pratique (ou clinique) 3) hôpital disposant de ressources cliniques à caractères à peu près identiques. Les hôpitaux répondant à ces critères et ayant accepté de collaborer à cette présente étude sont les suivants: Hôtel-Dieu de Montréal, Sacré-Coeur, Notre-Dame, Ste-Jeanne-D'Arc, Saint-Luc, Sainte Justine et Charles le Moyne. Pour conserver l'anonymat, ceux-ci sont représentés par des lettres de A à G attribuées au hasard.

Le tableau I se réfère à la variable 57, qui nous renseigne sur le nombre de sujets prévu et réel selon le milieu hospitalier.

Le nombre prévu d'infirmières-chefs et de diplômées représente dans les deux cas, 80% de l'échantillon initial.

Tableau I

Distribution des sujets par hôpital selon les effectifs prévus et réels

Hôpital \ Sujets	Infirmières-chefs				diplômées			
	Nombre prévu		Nombre réel		Nombre prévu		Nombre réel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A	13	16.0	10	15.1	24	16.0	20	16.6
B	18	21.9	6	9.1	28	18.7	10	8.3
C	10	12.1	8	12.1	22	14.0	14	12.0
D	5	6.1	5	7.6	10	7.0	10	8.3
E	16	19.5	12	18.1	25	17.0	22	18.3
F	17	20.7	17	26.0	38	25.3	33	27.5
G	3	3.7	3	4.5	3	2.0	3	2.5
non-identifié	-	-	5	7.5	-	-	8	6.5
Total	82	100.0	66	100.0	150	100.0	120	100.0

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le choix des hôpitaux ne peut être considéré comme représentatif d'un ensemble d'hôpitaux de la Province de Québec, par contre il peut être considéré comme représentatif de la région métropolitaine.

Les Collèges d'Enseignement Collégial et Professionnel choisis sont susceptibles de fournir une promotion de diplômées en techniques infirmières pour les années 1971 et 1972.

Pour permettre d'approfondir cette recherche nous la centrons sur l'aspect médico-chirurgical plutôt que sur l'ensemble de la formation infirmière. A cause des limites de cette étude, seul un petit nombre de Collèges est choisi à partir des listes des diplômées de 1971 et 1972 qui nous sont fournies par l'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec. C'est en étroite relation avec ces données et le choix des hôpitaux que sont sélectionnés les CEGEP suivants: le Collège de Maisonneuve, le Collège Bois-de-Boulogne, le Collège Edouard Montpetit et le Collège du Vieux Montréal. Pour conserver un certain caractère anonyme, ceux-ci sont identifiés par les lettres de W à Z attribuées au hasard.

Au tableau II figure la répartition des diplômées selon le CEGEP et l'année de promotion. Ce tableau se réfère aux variables 59 et 60 du questionnaire C.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau II

Répartition des diplômées selon les CEGEP et l'année de promotion

CEGEP	ANNÉE 1971	1972	non identifié	TOTAL N	%
W	-	2	-	2	1.7
X	37	29	-	66	55.0
Y	9	27	-	36	30.0
Z	6	6	-	12	10.0
non-identifié	-	3	1	4	3.3
Total	52	67	1	120	100.0
	(43.3%)	(55.8%)	(0.8%)	(100%)	(100%)

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le pourcentage des diplômées est plus élevé pour l'année 1972, ce qui peut être une variable ayant de l'influence sur la courbe d'évaluation.

Sujets

Pour permettre d'observer les difficultés et les besoins spécifiques plutôt que de survoler une situation générale, les infirmières diplômées sont sélectionnées dans les unités de soins médico-chirurgicales et en provenance des quatre collèges déjà mentionnés.

Cent-cinquante (150) diplômées constituent l'échantillon prévu. Cent-vingt (120) soit 80% participent effectivement à cette étude (cf. tableau I).

Il est à noter que pour diverses raisons inconnues, quelques questions restent sans réponses. Les tableaux spécifient toujours le nombre réel de sujet (N) pour chacune des questions.

Les infirmières-chefs sont choisies en fonction de la présence des diplômées oeuvrant sous leur responsabilité. Pour éviter un surcroît de travail, il est entendu au départ qu'au maximum trois diplômées par département sont choisies au hasard. L'échantillon prévoit 82 infirmières-chefs.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Soixante-six questionnaires nous sont retournés dûment remplis, donc 80% de l'échantillon prévu (cf. tableau I).

Instrument de mesure

Les données analysées sont recueillies au moyen du questionnaire A composé de neuf questions d'informations générales d'ordre professionnel, des opinions personnelles quant à la formation pédagogique, à l'intégration des diplômées sur le marché du travail, puis une question d'attente de treize items en regard de certains soins spécifiques de nursing. Le questionnaire A s'adresse particulièrement aux infirmières-chefs.

Le questionnaire B comporte vingt-cinq questions d'évaluation sous forme de critères de performance. L'infirmière-chef doit évaluer de une à trois diplômées dont elle est responsable. L'évaluation se fait d'après une échelle de 1 à 5, le niveau maximal étant de 5.

Le questionnaire C de trente-huit questions s'adresse à l'infirmière diplômée de CEGEP. Il est en quelque sorte l'amalgame du questionnaire A et B sauf pour la question des attentes qui n'y figure pas.

Les trois (3) questionnaires sont présentés intégralement en appendice A.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le questionnaire C s'inspire d'un instrument de travail élaboré par un groupe de professeurs du Collège du Vieux Montréal dans le cadre du cours 180-601 (médecine et chirurgie).

L'appendice B rapporte en entier ce moyen d'évaluation en précisant l'objectif et les critères de performance permettant d'atteindre cet objectif.

Validité du questionnaire

Plusieurs formules sont développées puis l'une d'elles est présentée à cinq professeurs de techniques infirmières pour en vérifier l'aspect nursing. Après quelques corrections pertinentes nous atteignons la version finale présentée en appendice A.

L'aspect général et la logique des questionnaires en relation avec les hypothèses posées sont validés par dix professeurs de diverses disciplines.

Administration des questionnaires

Après entente avec les Directrices du Nursing afin d'obtenir la collaboration des institutions concernées, (cf. lettres en appendice C) les questionnaires sont en général acheminés vers les infirmières-chefs et les diplômées par le tru-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

chement de la Section Education qui accepte la responsabilité de recueillir les questionnaires et de nous les retourner par courrier. Ceci s'effectue du début d'avril au début de mai 1973.

Pour conserver l'anonymat, le questionnaire de l'infirmière-chef n'est pas identifié, il doit donc nous parvenir accompagné de celui de la diplômée pour permettre une codification. Cette consigne non respectée explique en partie une certaine diminution des informateurs.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Chapitre troisième

Analyse des données

UNIVERSITE DE MONTREAL

Avant de présenter les résultats proprement dits, il est nécessaire de rappeler brièvement les méthodes employées dans l'analyse des données.

A. Méthodes d'analyse

Différents types de tableaux sont demandés: a) des tableaux de distribution de fréquence, indiquant la répartition des informateurs pour chacune des questions avec les catégories de réponses non regroupées d'abord, puis regroupées par la suite, (à cause des fréquences très faibles de certaines catégories); b) des tableaux de chi-carré (X^2) montrant s'il existe, dans la répartition des sujets aux diverses questions, des différences entre les catégories de chacune des variables indépendantes; c) l 'indice "t" pour évaluer la différence entre deux moyennes; d) puis le coefficient de corrélation indiquant la tendance de chaque individu à occuper la même place relative dans une série de mesures. Dans tous les cas nous nous en tenons à un seuil de probabilité de $p = .05$.

B. Présentation et interprétation des résultats

En premier lieu, l'exposé des résultats présente la collecte des données simples en regard des informations géné-

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

rales et des opinions des infirmières-chefs et des diplômées.

1- Caractéristiques générales de l'échantillon

L'objectif original de la variable numéro un est de vérifier si la formation professionnelle de l'infirmière-chef exerce une influence sur les autres variables. La figure I rapporte le niveau de formation professionnelle des infirmières-chefs selon trois catégories.

L'échantillon choisi ne peut être représentatif de la population des infirmières-chefs de la région métropolitaine, mais il indique un certain niveau de formation professionnelle. Comme ce facteur est plutôt très homogène, son influence sur les autres variables dans l'analyse des données ne peut être très significative.

UNIVERSITE DE MONTREAL

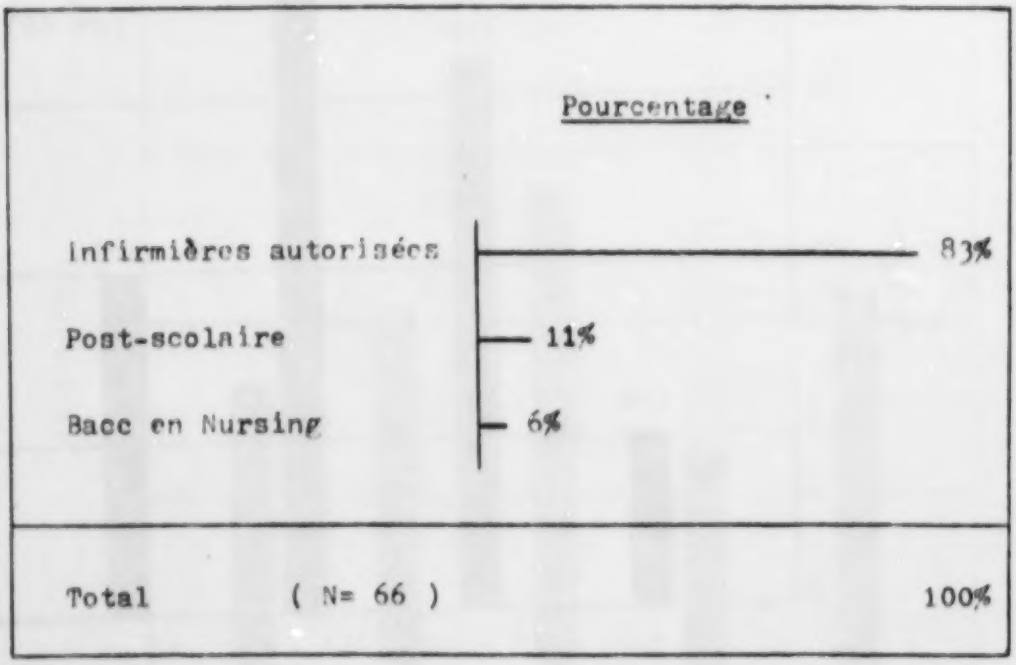

Fig. 1- Distribution des réponses des infirmières-chefs au sujet de leur niveau de formation professionnelle.

La variable numéro deux nous permet de connaître le nombre d'années d'expérience professionnelle des infirmières-chefs et l'influence que cette variable peut exercer en relation avec d'autres facteurs.

La figure 2 nous renseigne sur les réponses des infirmières-chefs quant à leur expérience professionnelle.

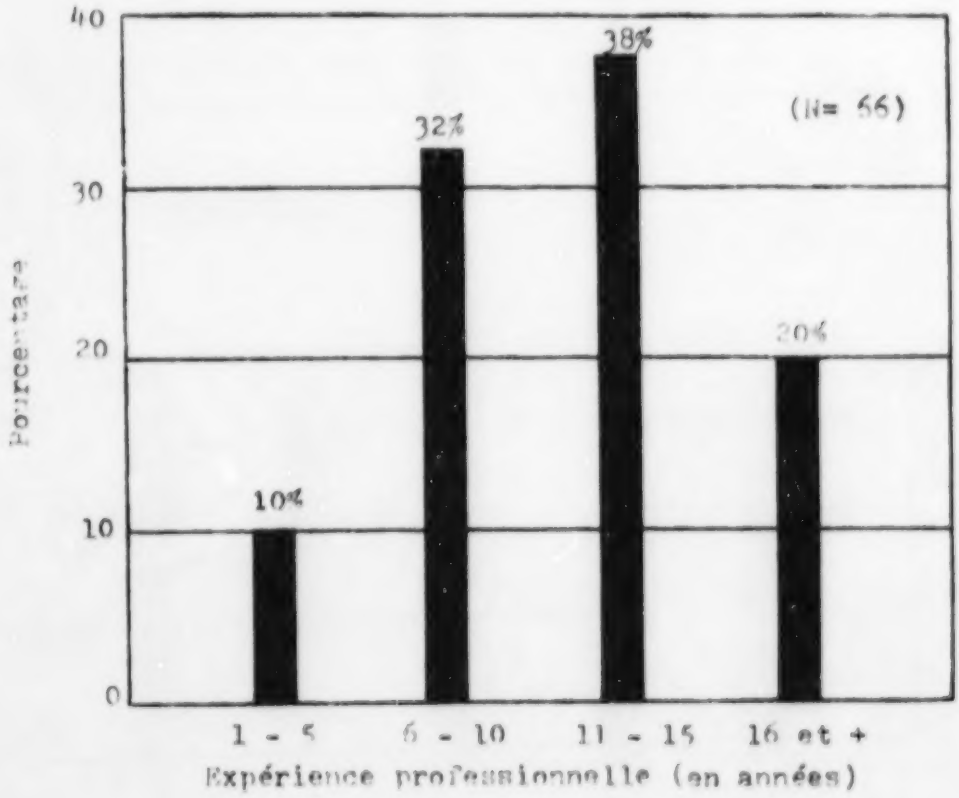

Fig. 2 - Distribution des réponses des infirmières-chefs quant à leur expérience professionnelle.

Cette variable est traitée de différentes façons: conservée comme telle à cause de la distribution dont les différences sont significatives, puis regroupée en deux catégories soit de: 1 à 10 ans (42%) et 11 ans et plus (58%).

En ce qui concerne l'expérience des infirmières-chefs comme infirmière-chef (figure 3), nous voulons surtout connaître son influence sur les attentes en regard de la performance des diplômées et de certains soins de nursing.

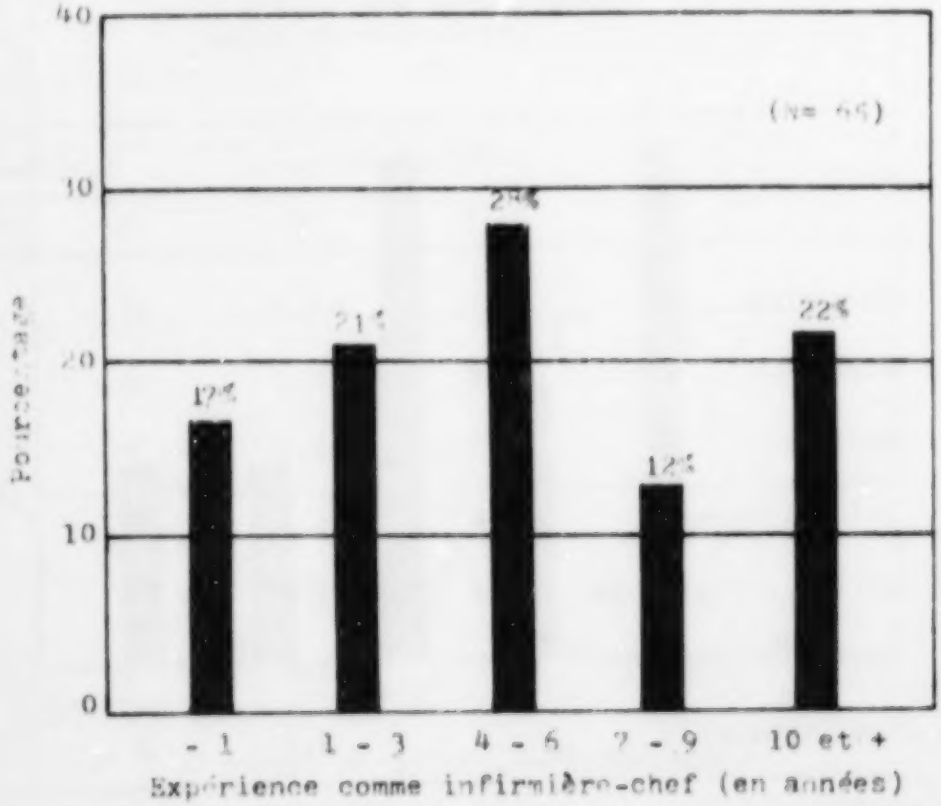

Fig. 3 - Distribution des réponses des infirmières-chefs quant à leur expérience comme infirmière-chef.

Les infirmières ayant le plus d'expérience comme infirmière-chef se concentrent principalement dans la catégorie comprise entre 4 - 6 ans (29%). Cette variable est utilisée ultérieurement regroupée en trois catégories: moins 1 ans - 3 ans (38%), 4 - 6 ans (29%), 7 ans et plus (34%).

La répartition des infirmières-chefs et des diplômées dans les unités de soins se réfère à la variable 58, questionnaire C. Les détails sont reproduits au tableau II.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau III

Répartition des sujets dans les unités de soins

Unité de soins	Infirmières-chefs		Diplômées	
	N	%	N	%
Chirurgie	30	45.5	51	42.5
Médecine	18	27.3	30	25.0
Pédiatrie	4	6.1	8	6.5
Soins intensifs	4	6.1	13	11.0
Unité coronarienne	2	3.0	3	2.5
Unité de choc	2	3.0	3	2.5
Non identifiée	6	9.0	12	10.0
Total:	66	100.0	120	100.0

Ce tableau nous permet de vérifier que l'échantillonnage est bien spécifiquement constitué d'unités médico-chirurgicales.

Pour ce qui est de l'expérience de la diplômée à l'unité de soins actuelle, variable 67, nous croyons que c'est une variable non négligeable, puisqu'en relation directe avec la performance des diplômées. (Détails à la figure 4).

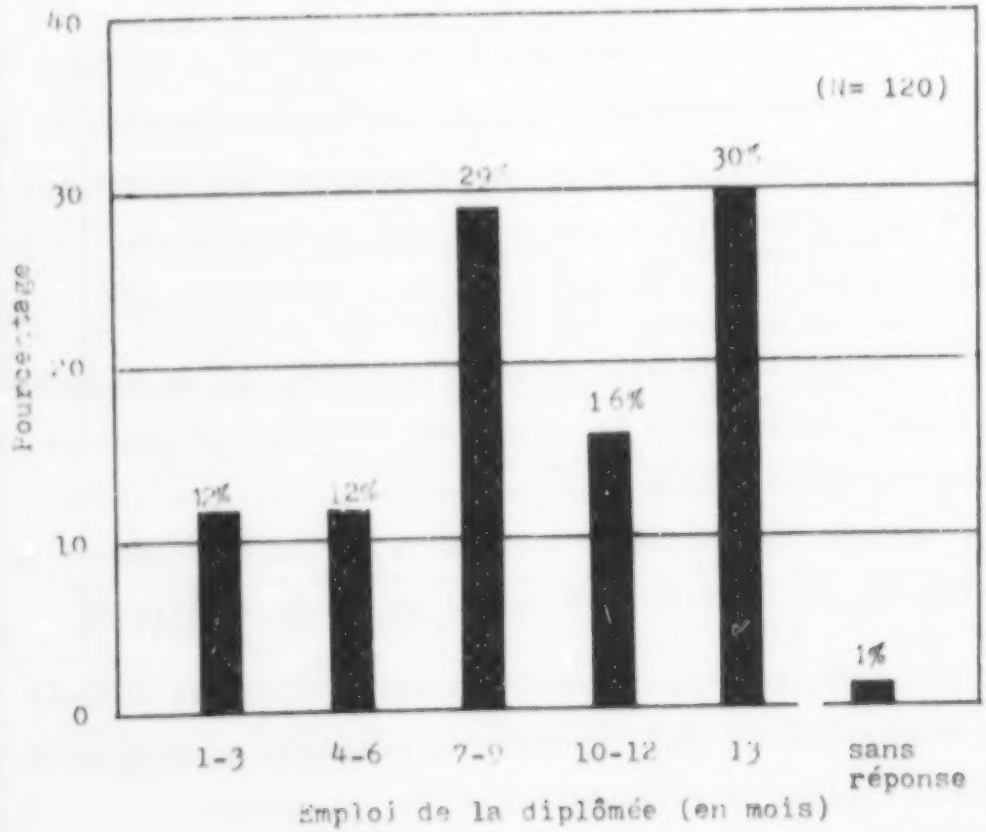

Fig. 4 - Répartition de la durée d'emploi de la diplômée à l'unité de soins actuelle.

La courbe est bimodale avec 29% de 7-9 mois et 30% de 13 mois et plus. Pour conserver la réalité, cette variable est utilisée non regroupée.

La variable 63, "sujets traités par les diplômées" est rejetée après analyse car la majorité (78%) sont dans la catégorie hommes et femmes, donc sans influence sur les soins dispensées.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous passons maintenant à l'analyse de la variable 62 qui concerne les postes occupés par les diplômées qui, au moment de la distribution du questionnaire, ont au maximum vingt mois d'expérience sur le marché du travail pour la promotion de 1971, et huit mois pour la promotion de 1972.

L'objectif initial de cette question est de connaître dans quelle proportion les diplômées de CEGEP occupent des postes de responsables et de soignantes. Cette variable peut exercer une influence importante sur la performance des diplômées, sur l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation.

La figure 5 nous donne le détail des postes occupés par les diplômées, puis la variable regroupée en deux catégories: postes de responsables et de soignantes.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

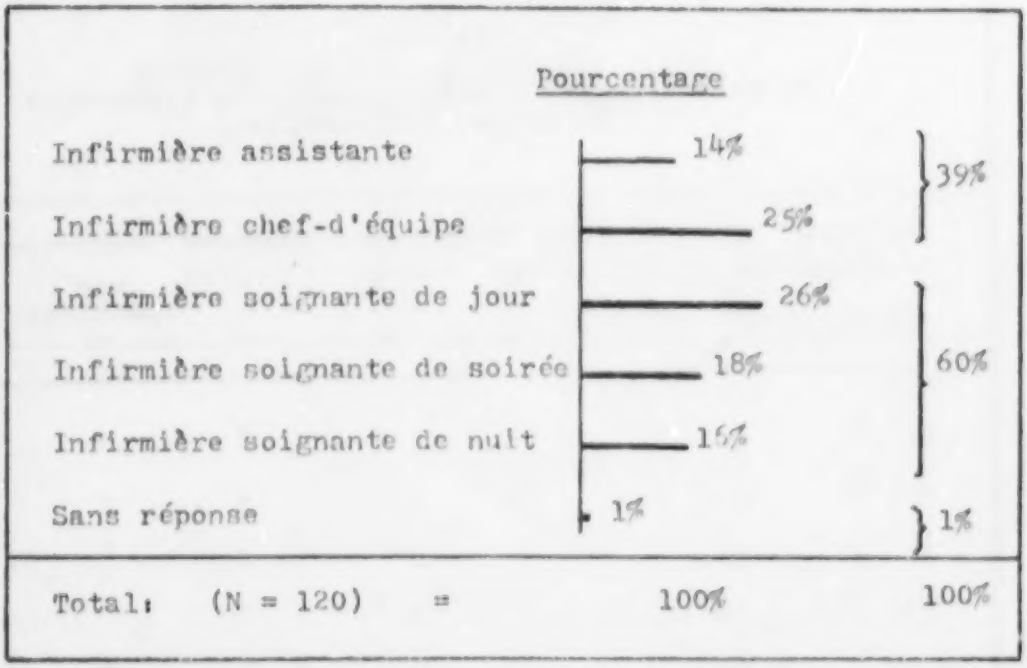

Fig. 5 - Distribution des diplômées quant aux postes actuellement occupés.

Les catégories regroupées nous indique que déjà 39%, soit 2/5 des diplômées, occupent des postes de chefs-d'équipe et d'assistantes. Les 3/5 des diplômées, soit 60% sont des infirmières soignantes.

Le tableau IV (variables 57 et 59) nous indique le milieu hospitalier et le nombre de diplômées en provenance des différents CEGEP.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau IV

Distribution des diplômées selon la provenance du milieu CEGEP-Hôpital

Hôpital \ CEGEP	W N	X N	Y N	Z N	non identifié N	Total (N)
A.	-	16	3	1	-	20
B.	-	7	1	2	-	10
C.	-	-	12	-	2	14
D.	1	8	1	-	-	10
E.	1	5	8	8	-	22
F.	-	25	5	1	2	33
G.	-	2	1	-	-	3
non identifié	-	3	5	-	-	8
Total:	2	66	36	12	4	120

L'inégalité de la distribution des diplômées de CEGEP par hôpital est un facteur dont nous devons tenir compte dans l'analyse des données.

Les variables 57 et 62 indiquent les hôpitaux qui accordent le plus de responsabilités aux diplômées en leur confiant des postes d'assistant-e et de chefs d'équipe. Voir détails au tableau V.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau V

Distribution par hôpital des postes occupés par les diplômées

Hôpital \ Postes	Soignantes N	Responsables N	non identifié N	Total N	Total %
A.	13	7	-	20	17%
B.	8	1	2	11	9%
C.	13	1	-	14	12%
D.	9	1	-	10	8%
E.	13	9	-	22	18%
F.	7	26	-	33	28%
G.	3	-	-	3	2%
non identifié	4	3	-	7	6%
Total:	70	48	2	120	100%

Le nombre le plus élevé des postes de responsables est attribué aux hôpitaux suivants: F - 28%, E- 18%, A- 17%. Cette variable est donc conservée pour vérifier son influence.

Il est intéressant de connaître la provenance de ces diplômées occupant des postes de responsables (CEGEP). Ces variables 59 et 62 figurent au tableau VI.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau VI

Distribution par CEGEP des postes occupés par les diplômées

Postes / CEGEP	Soignantes N	Responsables N	non identifié N	Total N	Total %
W.	1	1	-	2	2%
X.	35	30	1	66	55%
Y.	28	8	-	36	30%
Z.	6	6	-	12	10%
non identifié	4	-	-	4	3%
Total	74	45	1	120	100%

Les diplômées occupant des postes de responsables viennent surtout du Collège X. Elles occupent surtout le poste de chef d'équipe (22), tandis que 8 occupent le poste d'assistante. Pour le Collège Y c'est l'inverse: cinq diplômées occupent le poste d'assistante et 3 diplômées celui de chef d'équipe. Nous retenons ce facteur pour l'interprétation ultérieure.

Les variables 60 et 62 nous renseignent sur la proportion des postes occupés par les diplômées de 1971 et 1972. Ces variables sont traitées au tableau VII.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Tableau VII

Répartition des diplômées en fonction du poste occupé et de l'année de promotion

Postes / Année	Soignantes N	Responsables N	Total N	Total %
1971	30	21	51	42%
1972	41	26	67	56%
non identifié	1	1	2	2%
Total	72	48	120	100%

Les différences dans la distribution ne sont pas significatives si on les soumet au test du chi-carré($X2 = 0.07$). Toutefois il est à noter que le nombre de diplômées occupant des postes est plus élevé en 1972 (56%) qu'en 1971(42%). Cela veut dire que le marché du travail tient peu compte de l'expérience des diplômées avant de leur confier des postes de responsables puisque la majorité n'ont que huit (8) mois de travail à leur crédit.

UNIVERSITE DE MONTREAL

En résumé les infirmières-chefs sont en majorité des infirmières autorisées (83%). Leur expérience professionnelle est partagée en deux catégories: 1 - 10 ans (42%) et 11 ans et plus (58%). Leur expérience comme infirmière-chef, regroupée en trois catégories, se lit comme suit: 3 ans et moins (38%), 4 - 6 ans (28%), 7 ans et plus (34%).

Les infirmières-chefs sont généralement réparties dans des unités de soins de médecine et chirurgie générale chez les adultes hommes et femmes (72%). Leur provenance se concentre surtout dans les hôpitaux F (26%) et E (18%). Le trop petit nombre d'infirmières-chefs représentant l'hôpital G (3.4%) nous oblige à l'éliminer pour l'étude de certains facteurs.

Quant aux diplômées elles viennent surtout des hôpitaux suivants: F - 29%, E - 20% et A - 18%. Elles travaillent surtout dans les unités de soins médicales et chirurgicales (72%) chez les adultes hommes et femmes (63%).

Les collèges les mieux représentés sont les collèges X (57%) et Y (31%). L'année de promotion 1971 représente 44% des diplômées, puis 56% pour la promotion 1972. Donc 44% des diplômées sont intégrées au marché du travail depuis environ vingt mois tandis que 56% n'ont au plus que huit mois d'expérience.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les postes occupés par les diplômées sont: infirmières soignantes (60%), infirmières chefs d'équipe (25%) et infirmières assistantes (15%). Il est à remarquer que les diplômées de 1972 occupent un peu plus de postes de responsables (6%) que les diplômées de 1971 qui ont plus d'expérience à leur crédit (4%). Donc 40% des diplômées occupent actuellement des postes de responsables, surtout dans les hôpitaux F, E et A. Les diplômées qui occupent ces postes viennent surtout du Collège X.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2. Opinions et attentes en regard de la formation des infirmières

Nous abordons maintenant les opinions et attentes des infirmières-chefs quant à la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial. (cf. variables 4 et 5).

Il est essentiel de préciser ce qu'est actuellement la formation clinique médico-chirurgicale au collège selon le programme de la Direction générale de l'enseignement collégial. Au sens strict, nous nous référons à la période de laboratoire clinique consacrée à la médecine et à la chirurgie chez les adultes. Respectant les normes de la DIGEC elle s'étend de moins d'un mois à un mois. C'est volontairement que nous avons omis les spécialités comprises dans le cours 180-601 (médecine-chirurgie), soit gériatrie, salle d'opération et clinique externe. D'ailleurs ces unités de soins sont éliminées de notre étude. Pour la majorité des sujets la question ne peut porter à confusion. Par contre quinze infirmières-chefs ont omis de répondre à cette question. Nous croyons y déceler un manque d'information qui tout autant qu'une fausse perception peut avoir des conséquences importantes sur les attentes envers la performance des diplômées.

Les opinions des infirmières-chefs se distribuent comme suit quant à leur perception de la formation clinique

médico-chirurgicale et à leur souhait en regard de celle-ci.

Nous avons regroupé moins de 1 - 1 mois comme perception réelle, soit 35%. Soixante-cinq pourcent des infirmières-chefs ont donc une fausse perception de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial. Il est à remarquer que plus les infirmières-chefs croient la durée de formation courte, plus elles souhaitent la prolonger (56%) à 6 mois et plus.

Si nous comparons les souhaits des infirmières-chefs à ceux des diplômées, nous retrouvons une même tendance vers une formation clinique médico-chirurgicale plus longue, soit 3 - 5 mois (47%) et 6 mois et plus (42%).

Nous constatons que pour les infirmières-chefs autant que pour les diplômées la période de formation clinique médico-chirurgicale se révèle nettement insuffisante.

Les variables 59 et 64 regroupent l'opinion des diplômées par CEGEP au sujet de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial. Après analyse des données relatives à ces variables, il s'avère que le chi-carré (X^2) est de 1.64. Les diplômées ont à peu près les mêmes souhaits dans les différents CEGEP.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le parallèle entre les variables 8, 65 et 66 nous indique la durée de la période d'essai réelle réservée aux diplômées, soit un mois ou moins (84%). Quant à leurs souhaits et celui des infirmières-chefs, ils sont plutôt différents d'un groupe à l'autre. Les infirmières-chefs ont des opinions très partagées quoiqu'une tendance forte s'oriente vers trois mois et plus (68%). Par contre, les diplômées désirent une période d'essai de moins d'un mois à deux mois (76%).

Les variables 5 et 8 mises en parallèle avec les variables 64 et 66 nous donnent des courbes (cf. figures 6 et 7) qui permettent de lire rapidement les opinions des deux groupes de sujets quant à la durée souhaitée de la période d'essai et de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial.

Les opinions des infirmières-chefs indiquent une tendance à peu près semblable quant à la période d'essai et la formation clinique médico-chirurgicale.

Les diplômées ont des opinions assez semblables aux infirmières-chefs en regard de la formation clinique médico-chirurgicale, c'est -à-dire, plus longue avec un maximum de six mois (42%). Par contre elles désirent une période d'essai plus courte, ce qui semble logique en fonction de la prolongation de la durée de la formation au cours collégial.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

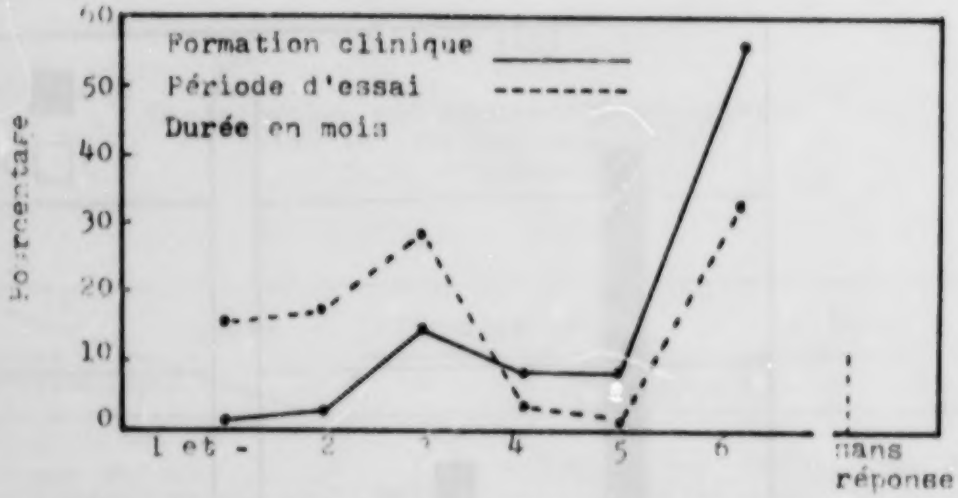

Fig. 6 - Opinions des infirmières-chefs quant à la durée d'essai et la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial.

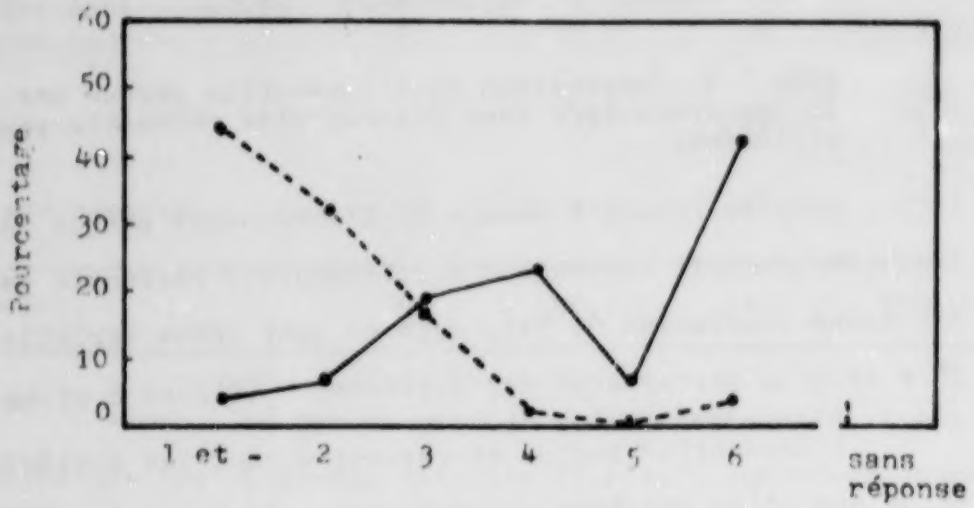

Fig. 7 - Opinions des diplômées quant à la durée d'essai et la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial.

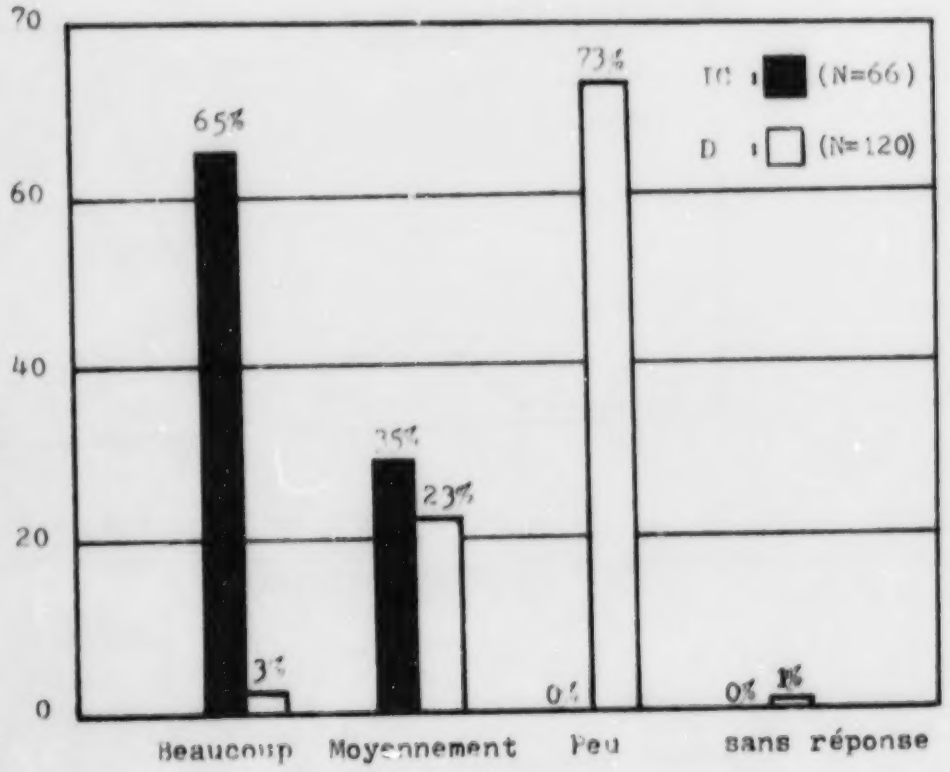

Fig. 8 - Comparaison de l'insécurité perçue par les infirmières-chefs avec l'insécurité ressentie par les diplômées.

Nous cherchons à savoir si l'insécurité perçue par les infirmières-chefs correspond à l'insécurité ressentie par les diplômées (variables 6, 67), puis en quoi cette variable interfère dans la performance des diplômées. (figure 8 ci-haut).

L'insécurité perçue et ressentie chez les diplômées se situe aux pôles extrêmes d'opposition. Si les infirmières-chefs perçoivent les diplômées comme très insécures, celles-ci affirment ressentir peu d'insécurité.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau VIII

Distribution des causes d'insécurité selon les infirmières-chefs et les diplômées

Cause d'insécurité / Sujets	Infirmières-chefs		Diplômées	
	N	%	N	%
Manque de connaissances théoriques	1	2.0	12	10.0
Manque d'habileté	26	39.4	30	30.0
Les deux facteurs précédents	8	12.1	14	12.0
Période d'essai trop courte	22	33.0	4	3.3
Autres	6	9.0	26	21.6
Sans réponse	3	4.5	28	23.1
Total:	66	100.0	120	100.0

L'insécurité perçue par les infirmières-chefs et ressentie par les diplômées est-elle attribuée aux mêmes causes? Ce sont les variables 7 et 68 qu'illustre le tableau VIII ci-dessus.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les infirmières-chefs et les diplômées s'entendent quant à la première cause d'insécurité: le manque d'habileté. Par contre les infirmières-chefs invoquent la période d'essai trop courte (33%) tandis que les diplômées donnent d'autres raisons sans spécifier (23%). Celles-ci ont tendance à désirer une période d'essai plutôt courte (cf. figure 7).

Les variables 9 et 69 nous donnent les opinions des deux groupes de sujets sur l'expérience requise sur le marché du travail pour accéder au poste de chef d'équipe.

Les infirmières-chefs tendent à souhaiter au moins 4 à 6 mois d'expérience (24%) et progressivement jusqu'à un an et plus (29%). Quant aux diplômées, leur tendance se situe de 1 à 3 mois (36%) et de 4 à 6 mois (36%). Donc 72% se trouvent prêtes à occuper le poste de chef d'équipe après six mois d'expérience.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le choix au hasard des soins de nursing regroupés dans la question des attentes (items 10-22) n'est qu'une tentative de comparer les attentes selon les différents milieux, puis de vérifier si la formation collégiale s'oriente vers une réponse à ces attentes du marché du travail. L'interprétation est plutôt relative car beaucoup trop de facteurs interfèrent: la formation ne peut être identique dans chacun des CEGEP, puis les divers champs cliniques offrent des possibilités différentes dans l'apprentissage et l'exécution des soins.

Le tableau IX indique la distribution des attentes des infirmières-chefs en regard de ces soins de nursing. Nous regroupons certains soins correspondants aux mêmes attentes soit: l'injection intraveineuse, les soins de trachéotomie et le drainage de plaie (item 10, 16 et 20) sont des soins qui doivent être supervisés (59%), puis appris sur place (32%) selon la majorité des infirmières-chefs. Les injections intra-musculaires et sous-cutanées (items 11 et 12), obtiennent une majorité d'exécution seule (58%), donc les diplômées doivent maitriser ces soins lors de leur arrivée sur le marché du travail. Pour la manipulation d'un moniteur cardiaque (item 18), il est évident que la majorité des infirmières-chefs (61%) considèrent que la diplômée doit l'apprendre sur

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau IX

Distribution des attentes des infirmières-chefs en regard des soins spécifiques de Nursing

Soins de nursing	Exécution seule	Sous supervision	Apprentissage sur place	Total (N)
10. Injection I/V	11%	59%	30%	(66)
11. Injection I/M	58%	35%	7%	(66)
12. Injection S/C	58%	35%	7%	(66)
13. Aspiration des secrétions	41%	38%	21%	(66)
14. Soins du tube de Levin	42%	38%	20%	(64)
15. Soins de colostomie	33%	36%	31%	(64)
16. Soins de trachéotomie	9%	59%	32%	(65)
17. Pose de sonde Fowley	26%	41%	23%	(64)
18. Manipulation de moniteur cardiaque	1%	38%	61%	(64)
19. Tests de Labo (les plus fréquents)	31%	49%	20%	(65)
20. Drainage de plaie	19%	54%	27%	(63)
21. Pansements aseptiques	35%	47%	18%	(66)
22. Administration d'oxygène	47%	38%	15%	(66)

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

place ou du moins être supervisée (38%). Pour les autres soins, les opinions sont plutôt partagées entre les trois possibilités, ayant cependant une certaine tendance vers l'exécution seule: aspiration des sécrétions, soins d'un tube de Levin, administration d'oxygène, ou vers la supervision: pose d'une sonde Fowley, tests de Labo, pansements aseptiques, ou enfin vers l'apprentissage sur place: soins de colostomie.

Nous avons mis en relation la perception de l'infirmière-chef en regard de la formation clinique médico- chirurgicale (variable 4) pour vérifier l'influence de ce facteur sur les attentes d'exécution seule en ce qui concerne certains soins de nursing. Nous retrouvons ces attentes au tableau X.

Dans la plupart des cas, plus les infirmières-chefs croient la durée de la formation clinique médico-chirurgicale prolongée au cours collégial, plus leurs attentes d'exécution seule sont élevées.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Tableau X

Relation entre les attentes des infirmières-chefs en regard de certains soins de nursing et la perception qu'elles ont de la formation clinique médico-chirurgicale

Soins de Nursing \ Exécution seule	Formation 1 mois (N=23)	Formation 2 mois et + (N=28)
10. Injection I/V	5%	14%
11. Injection I/M	55%	79%
12. Injection S/C	55%	71%
13. Aspiration des sécrétions	27%	54%
14. Soins du tube de Levin	41%	54%
15. Soins de Colostomie	32%	44%
16. Soins de Trachéotomie	52%	87%
17. Pose de sonde Fowley	43%	41%
18. Manipulation de moniteur cardiaque	27%	42%
19. Tests de Labo (plus fréquents)	27%	41%
20. Drainage de plaie	27%	19%
21. Pansements aseptiques	32%	43%
22. Administration d'oxygène	32%	64%

Nous reprenons brièvement ce qui résume la partie concernant les opinions des infirmières-chefs et des diplômées.

Pour ce qui est de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial, nous croyons déceler un manque d'information de la part des infirmières-chefs; un tiers de celles-ci seulement ont une perception réelle de cette période de formation. Quant à la durée souhaitée plus de la moitié des infirmières-chefs désirent qu'elle soit de six mois et plus. Ce souhait est le même pour les infirmières diplômées. Nous vérifions donc notre première hypothèse: la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial est perçue comme étant trop courte.

L'analyse de la durée de la période d'essai nous révèle que la moitié des infirmières-chefs jugent que trois mois et plus est souhaitable. Par contre la majorité des diplômées désirent une période d'essai de moins d'un mois à deux mois. Notre deuxième hypothèse n'est vérifiée qu'en partie, c'est-à-dire par le souhait des infirmières-chefs. Nous croyons que les diplômées préfèrent une meilleure formation, donc plus longue, pour être en mesure de donner un rendement efficace dès leur arrivée sur le marché du travail, plutôt que de prolonger la période d'essai où elles ont l'impression d'avoir moins d'initiative et de responsabilités.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Lorsque nous abordons la question d'insécurité manifestée par les diplômées, nous y retrouvons des opinions bien divergentes. Les deux tiers des infirmières-chefs perçoivent les diplômées comme très insécures, tandis que les trois quarts des diplômées affirment ressentir peu d'insécurité face à leur travail.

Les principales causes d'insécurité invoquées par les infirmières-chefs sont le manque d'habileté et une période d'essai trop courte. Les diplômées sont d'accord avec les infirmières-chefs pour le manque d'habileté, mais elles invoquent d'autres raisons sans spécifier ou encore laissent cette question sans réponse, ce qui semble confirmer qu'elles ne se sentent pas insécures.

Les infirmières-chefs qui rendent la trop courte durée de la période d'essai responsable de l'insécurité des diplômées ont moins d'expérience que celles qui invoquent le manque d'habileté comme première cause d'insécurité.

Si nous mettons en relation la période d'essai souhaitée par les infirmières-chefs et l'insécurité perçue, nous trouvons une tendance à désirer prolonger la période d'essai à plus de six mois lorsqu'il y a beaucoup d'insécurité perçue chez les diplômées.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En ce qui concerne l'expérience requise chez les diplômées pour accéder au poste de chef d'équipe, l'opinion des infirmières-chefs est très partagée. Par contre, presque les trois quarts des diplômées se sentent prêtes à prendre des responsabilités après un mois à six mois d'expérience.

La dernière partie concernant les attentes des infirmières-chefs envers certains soins de nursing nous renseigne sur les soins que les diplômées doivent exécuter seules ou sous-supervision: les injections intra-musculaire et sous-cutanée. Les soins devant être faits sous supervision ou appris sur place sont: l'injection intraveineuse, les soins de trachéotomie, drainage de plaie. Un seul soin devant être surtout appris sur place ou supervisé est la manipulation d'un moniteur cardiaque. L'aspiration des secrétions, les soins du tube de Levin et l'administration d'oxygène obtiennent des attentes à peu près égales soit d'exécution seule puis de supervision. Les soins de colostomie, pose de sonde Fowley, tests de laboratoire et pansements aseptiques ont des attentes plus élevées de supervision, et ensuite d'exécution seule.

Nous remarquons que les infirmières-chefs qui croient la durée de la formation clinique médico-chirurgicale plus longue ont tendance à avoir plus d'attentes envers l'exécution seule.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

3. L'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation

Pour faciliter l'analyse de l'évaluation de l'infirmière-chef et de la diplômée, les 25 critères de performance se référant à un objectif spécifique sont regroupés de manière à former six blocs d'évaluation. Nous nous référons tantôt à un objectif tantôt à un bloc qui sont ici synonymes.

Nous allons d'abord étudier les données relatives à chaque bloc et à l'ensemble, puis nous aborderons les facteurs susceptibles d'affecter les deux types d'évaluation.

a) Données relatives à l'évaluation

Chacun des objectifs au bloc d'évaluation est d'abord étudié seul; chacun des critères de performance est donc soumis à une première analyse, puis les six objectifs sont regroupés pour en faire un tout.

Données relatives à l'évaluation du premier objectif

Le premier objectif concerne "les soins requis en fonctions des besoins identifiés". Il est formé de six critères de performance qui nous sont présentés au tableau XI. Celui-ci compare l'évaluation de l'infirmière-chef avec l'évaluation des diplômées pour le premier bloc d'évaluation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XI

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au premier objectif

Critère	Sujets *	Echelle d'évaluation 1	2	3	4	5	N	M
1. L'infirmière planifie les soins	IC	5%	4%	26%	53%	12%	114	3.62
	D	0%	1%	34%	59%	6%	120	3.70
2. L'infirmière tient compte de la priorité des soins	IC	4%	4%	27%	48%	17%	114	3.67
	D	1%	1%	21%	60%	17%	120	3.88
3. Elle tient compte des principes scientifiques	IC	3%	10%	36%	42%	9%	115	3.46
	D	0%	4%	53%	36%	7%	118	3.41
4. Elle vérifie l'efficacité de son action	IC	4%	11%	35%	39%	11%	114	3.41
	D	0%	2%	43%	51%	4%	120	3.58
5. Elle observe les signes et symptomes	IC	0%	6%	38%	43%	13%	117	3.66
	D	0%	1%	24%	65%	10%	120	3.82
6. Ses observations au dossier sont pertinentes	IC	1%	8%	32%	45%	14%	118	3.69
	D	0%	1%	38%	57%	4%	120	3.64

* IC: Infirmière-chef (hétéro-évaluation)
D: Diplômée (auto-évaluation)

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La cote quatre qui correspond à "moyenne supérieure" est la plus souvent employée pour presque tous les critères. A l'hétéro-évaluation, "l'observation au dossier" (critère 6) obtient la cote moyenne la plus forte (3.69) suivi de près par le deuxième critère "tient compte de la priorité des soins" (3.67). La cote moyenne la plus basse est attribuée au quatrième critère "vérifie l'efficacité de son action" (3.43).

A l'auto-évaluation, c'est le deuxième critère, "tient compte de la priorité des soins", qui est classé premier (3.88). Le critère trois "action nursing basée sur des principes scientifiques" est classé dernier (3.41). Les cotes moyennes sont généralement plus élevées à l'auto-évaluation qu'à l'hétéro-évaluation.

Dans l'ensemble, l'évaluation est favorable; toutes les cotes moyennes sont ou supérieures ou légèrement inférieure à 3.50; pour tous les critères la diplômée s'évalue ou est évaluée entre "moyenne" et "moyenne supérieure".

Pour quatre critères sur six, l'auto-évaluation est légèrement plus forte que l'hétéro-évaluation; dans tous les cas, la dispersion des cotes est plus grande chez les infirmières-chefs et les diplômées restreignent leur choix aux cotes 3 et 4.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

A l'hétéro-évaluation, les critères 6, 2 et 5 présentent une moyenne plus élevée tandis que le 3e et le 4e critères reçoivent une cote moyenne plus faible; on peut donc dire que, selon les infirmières-chefs, les diplômées qu'elles ont évaluées insèrent au dossier des observations pertinentes, tiennent compte de la priorité des soins et savent observer les divers signes et symptômes; mais elles utilisent moins les principes scientifiques comme base de leur action et ne vérifient pas toujours l'efficacité de l'action nursing.

A l'auto-évaluation, les critères 2 (priorité des soins) et 5 (observation des signes et symptômes) sont encore les mieux cotés et les critères 3 (principes scientifiques) et 4 (vérification de l'efficacité) se classent encore bons derniers.

Après avoir examiné un par un les critères reliés au premier objectif, nous pouvons nous demander quelle évaluation globale peut synthétiser ces diverses données.

La figure 9 nous présente deux distributions: celle de la somme des cotes d'hétéro-évaluation, et celle de la somme des cotes d'auto-évaluation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

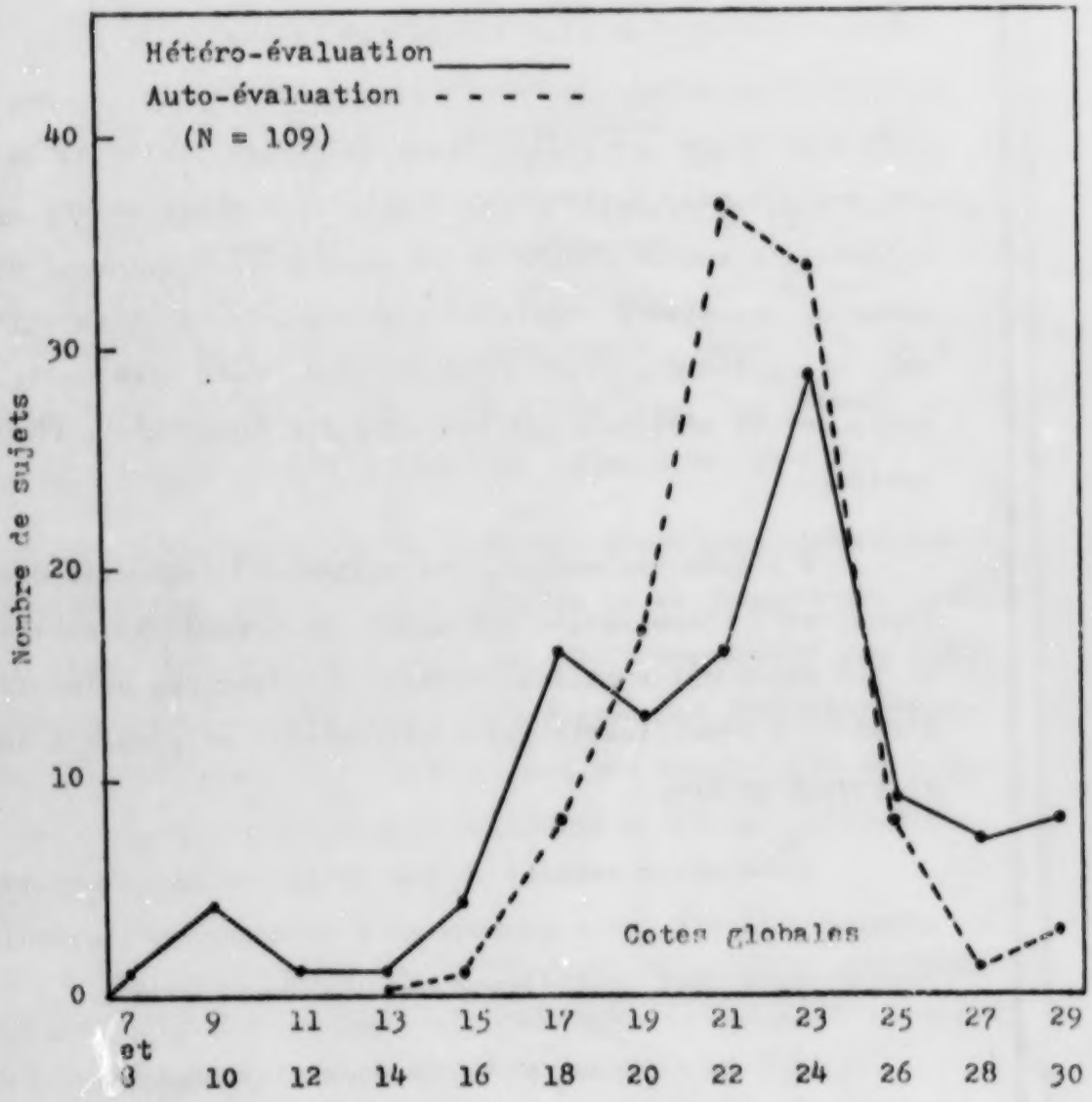

Fig. 9 - Distribution des sommes des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au premier objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Comme cet objectif comporte six critères, la somme minima est de 6 et la somme maxima de 30.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 8 à 30; la cote maxima est attribuée quatre fois. Nous obtenons une moyenne de 21.56 et un indice de dispersion (sigma) de 4.68.

Chez les diplômées les sommes sont réparties de 15 à 29; la cote maxima est attribuée trois fois. La moyenne est de 22.06 et l'indice de dispersion (sigma) est de 2.55.

Nous observons que la dispersion est plus grande chez les infirmières-chefs. Les diplômées ne se donnent des cotes ni trop fortes ni trop faibles. Nous remarquons que l'auto-évaluation est légèrement plus élevée que l'hétéro-évaluation, mais l'indice "t" (0.97) n'est pas assez élevé pour que la différence entre les deux évaluations soit considérée comme significative.

Les coefficients de corrélation peuvent nous renseigner sur les liens qui unissent les réponses des infirmières-chefs et des diplômées.

Entre les deux groupes d'informateurs, les corrélations obtenues sont très faibles. Ces données sont présentées au tableau XII.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XII

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du premier objectif

Critère	IC	D	r	P
	Variables			
1. L'infirmière planifie les soins	26	70	.286	.01
2. Elle tient compte de la priorité des soins	27	71	.110	n.s.*
3. Elle tient compte des principes scientifiques	28	73	.217	.05
4. Elle vérifie l'efficacité de son action	29	72	.150	n.s.
5. Elle observe les signes et symptômes	30	74	.226	.05
6. Ses observations au dossier sont pertinentes	31	75	.119	n.s.
Evaluation globale	32	76	.246	.01

*n.s.: non-significatif

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Pour les critères un coefficient sur deux est significatif même s'il n'est pas très élevé. Les cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation sont en corrélation faible mais positive et significative.

Données relatives à l'évaluation du deuxième objectif

Le deuxième bloc d'évaluation comprend les critères de performance qui se réfèrent au second objectif: "l'infirmière est capable d'exécuter de façon responsable les soins généraux et spécifiques en regard des procédés d'investigation les plus utilisés".

Pour connaître en détails les quatre critères de performance permettant d'atteindre cet objectif, nous nous référerons au tableau XIII. Celui-ci compare l'évaluation des deux groupes de sujets.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XIII

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au second objectif

Critère	Sujets	Echelle d'évaluation					N	M
		1	2	3	4	5		
7. Elle connaît les moyens d'investigation	IC	1%	9%	32%	43%	15%	116	3.61
	D	0%	3%	38%	47%	12%	120	3.70
8. Elle prépare psychologiquement son client	IC	3%	11%	36%	39%	11%	113	3.45
	D	1%	0%	33%	54%	12%	115	3.76
9. Elle prépare physiquement son client	IC	1%	3%	31%	48%	17%	113	3.75
	D	0%	1%	27%	57%	15%	120	3.87
10. Elle surveille les points pré et post examen	IC	2%	3%	25%	51%	19%	117	3.79
	D	0%	2%	20%	65%	13%	119	3.88

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous remarquons que la cote 4 (moyenne supérieure) est beaucoup plus fréquente pour la majorité des critères, autant à l'hétéro-évaluation qu'à l'auto-évaluation.

La cote moyenne la plus élevée selon les deux groupes de sujets est attribuée à la surveillance des points importants pré et post-examen: 3.79 pour les infirmières-chefs et 3.88 pour les diplômées. La cote moyenne la plus basse selon les infirmières-chefs concerne la préparation psychologique du client pour un examen ou une intervention (3.45), tandis que les diplômées s'accordent la cote la plus basse en regard des connaissances des moyens d'investigations les plus usuels (3.70).

Dans l'ensemble l'évaluation de ce bloc est favorable: toutes les cotes moyennes sont supérieures à 3.60 sauf une, légèrement inférieure à 3.50; la diplômée s'évalue ou est évaluée entre "moyenne" et "moyenne supérieure" pour tous les critères.

Pour les quatre critères, l'auto-évaluation est plus élevée que l'hétéro-évaluation; dans tous les cas, la dispersion des cotes est plus grande chez les infirmières-chefs que chez les diplômées qui évitent les cotes extrêmes et se limitent surtout aux cotes 3 et 4.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

A l'hétéro-évaluation les critères 10 et 9 reçoivent une cote moyenne plus forte que les critères 7 et 8 dont la cote moyenne est beaucoup plus faible; on peut donc conclure que, selon les infirmières-chefs, les diplômées évaluées surveillent les points importants pré et post-examen ou intervention, elles préparent physiquement leurs clients pour examen ou intervention; mais elles n'attachent pas suffisamment d'importance à la préparation psychologique du client, puis leur connaissance des procédés d'investigation usuels est insuffisante.

Pour l'auto-évaluation les critères 10 et 9, surveillance des points importants pré et post-examen et préparation physique adéquate sont les mieux cotés. Les critères 8 et 7, préparation psychologique et connaissance des moyens d'investigation ont une cote moyenne plus basse ayant toutefois moins d'écart que dans l'hétéro-évaluation.

Après avoir analysé chacun des critères du second objectif, nous cherchons quelle évaluation globale peut nous permettre une synthèse de ces données.

La figure 10 nous présente deux distributions: celle de la somme des cotes d'hétéro-évaluation et celle de la somme des cotes d'auto-évaluation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

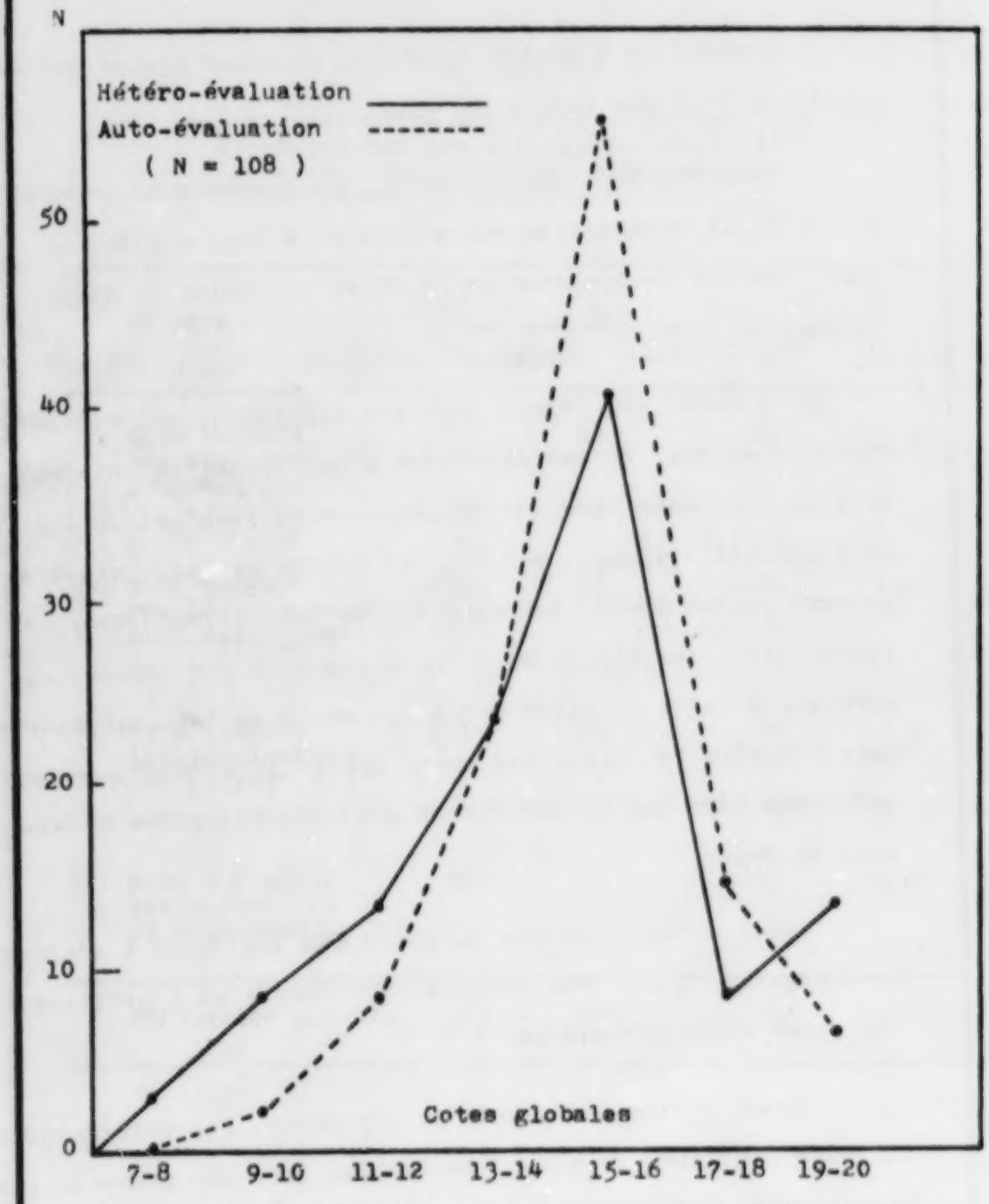

Fig. 10 - Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au deuxième objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Comme il y a quatre critères, la somme minima est de quatre et la somme maxima de vingt.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 7 à 20; la cote maxima est attribuée à sept diplômées. Nous obtenons une moyenne de 14.62 et un indice de dispersion (sigma) de 2.94.

La somme des cotes, chez les diplômées, est répartie entre 10 et 20. Quatre diplômées s'attribuent la cote maximale de 20. Nous obtenons une moyenne de 15.23 et un indice de dispersion (sigma) de 2.20. La courbe est plus aiguë et le mode (cotes 15-16) comprend 51% de toutes les cotes. Au second bloc, les diplômées s'accordent donc une moyenne supérieure à celle qu'elles reçoivent de leurs infirmières-chefs; mais l'indice "t" n'est pas assez élevé (1.71) pour que nous puissions dire que la différence soit significative au niveau de P=.05.

Nous notons donc une tendance des diplômées à s'accorder globalement une cote moyenne plus élevée et à utiliser des cotes moins dispersées.

Entre infirmières-chefs et diplômées, les corrélations obtenues sont très faibles. Le tableau XIV nous présente ces coefficients entre cotes détaillées et cotes globales.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XIV

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du deuxième objectif

Critère	IC	D	r	P
	Variables			
7. Elle connaît les moyens d'investigation	33	81	.124	n.s.
8. Elle prépare psychologiquement son client	34	82	.166	n.s.
9. Elle prépare physiquement son client	35	83	.144	n.s.
10. Elle surveille les points pré et post-examen	36	84	.092	n.s.
Evaluation globale	37	85	.131	n.s.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

A cause du niveau peu élevé de ces coefficients, il n'est pas possible d'établir une relation telle que nous puissions prédire l'auto-évaluation d'un sujet à partir de son hétéro-évaluation.

Données relatives au troisième objectif

Le troisième bloc d'évaluation concerne la capacité d'exécuter de façon responsable les soins généraux et spécifiques en regard de la thérapeutique médicamenteuse. Cet objectif regroupe quatre critères de performance qui sont présentés au tableau XV.

La cote "moyenne supérieure" est majoritaire pour la plupart des critères. Les pourcentages sont, cette fois, plus élevés dans l'hétéro-évaluation.

La cote moyenne la plus forte est attribuée, et par les infirmières-chefs (4.05) et par les diplômées (4.35) à l'identification du bon client dans l'administration de la médication (critère 14).

Les infirmières-chefs et les diplômées accordent la cote moyenne la plus basse au même critère (11); connaissance de l'action et des éléments de surveillance spécifiques et secondaires des médicaments les plus souvent employés. (IC = 3.44, D = 3.35).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XV

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au troisième objectif

Critère	Sujets	Echelle d'évaluation					N	M
		1	2	3	4	5		
11. Elle connaît l'action des médicaments	IC	0%	17%	29%	47%	7%	114	3.44
	D	2%	12%	42%	41%	3%	120	3.35
12. Elle respecte l'horaire des médicaments	IC	0%	4%	20%	57%	19%	116	3.92
	D	1%	1%	15%	56%	27%	118	4.05
13. Elle respecte la posologie et la dose des médicaments	IC	1%	6%	22%	51%	20%	116	3.88
	D	2%	0%	16%	50%	32%	120	4.15
14. Elle identifie le bon client dans l'administration de la médication	IC	1%	2%	15%	56%	26%	117	4.05
	D	1%	0%	9%	42%	48%	120	4.35

UNIVERSITE DE MONTREAL

L'ensemble de l'évaluation de cet objectif est très favorable même si un critère reçoit une cote moyenne inférieure à 3.50. La majorité des cotes moyennes est au-dessus ou très près de quatre. Les diplômées s'évaluent ou sont évaluées "moyennes supérieures" sauf pour le critère (11) où les diplômées se cotent presqu'également 3 et 4.

L'auto-évaluation est plus élevée pour les critères 12, 13 et 14 (4.05 à 4.35), le critère 11 est plus élevé à l'hétéro-évaluation (3.44) qu'à l'auto-évaluation (3.35); dans tous les cas la dispersion est plus grande chez les infirmières-chefs que chez les diplômées.

On peut donc dire que les infirmières-chefs considèrent les diplômées évaluées capables d'identifier le bon client et de respecter l'horaire et la posologie dans l'administration des médicaments, mais elles connaissent insuffisamment l'action spécifique et secondaire des médicaments les plus souvent employés.

A l'auto-évaluation nous retrouvons sensiblement la même évaluation. Les diplômées reconnaissent avoir une connaissance moindre de l'action et des éléments de surveillance des médicaments les plus fréquemment employés.

La figure 11 nous présente deux distributions: celle de la somme des cotes d'hétéro et d'auto-évaluation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

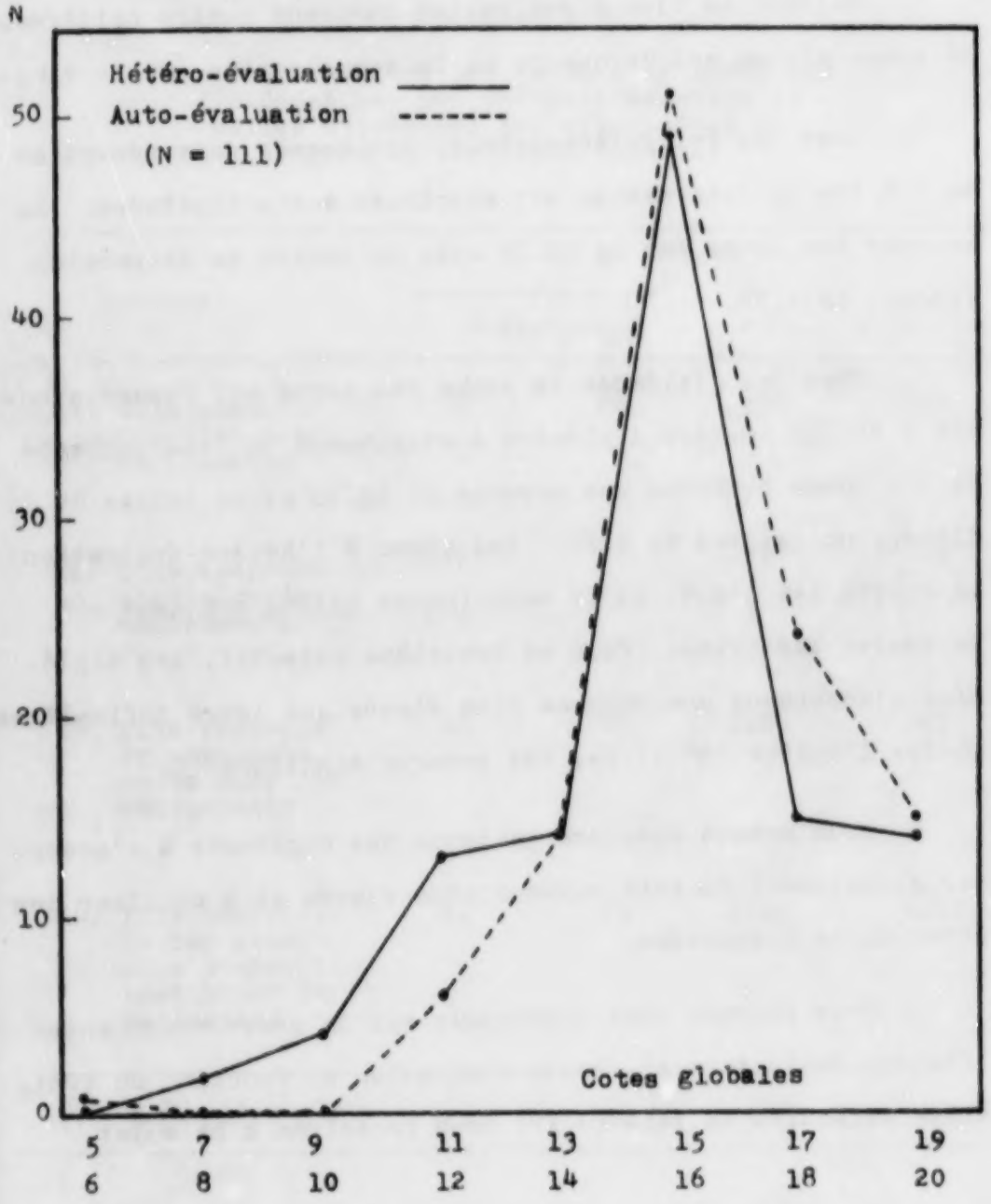

Fig. 11 - Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au troisième objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Puisque ce bloc d'évaluation comprend quatre critères, la somme minima est de quatre et la somme maxima est de vingt.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 7 à 20; la cote maxima est attribuée à six diplômées. La moyenne des cotes est de 15.26 avec un indice de dispersion (sigma) de 2.72.

Chez les diplômées la somme des cotes est répartie entre 6 et 20. Quatre diplômées s'attribuent la cote maximale de 20. Nous obtenons une moyenne de 15.90 et un indice de dispersion (sigma) de 2.22. Ici comme à l'hétéro-évaluation la courbe est aiguë et le mode (cotes 15-16) comprend 46% de toutes les cotes. Pour ce troisième objectif, les diplômées s'accordent une moyenne plus élevée que leurs infirmières-chefs; l'indice "t" (1.94) est presque significatif.

Nous notons donc une tendance des diplômées à s'accorder globalement une cote moyenne plus élevée et à utiliser des cotes moins dispersées.

Nous pouvons nous interroger sur la corrélation entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation en fonction du troisième objectif; le tableau XVI nous renseigne à ce sujet.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XVI

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du troisième objectif

Critère	IC	D	r	P
	Variables			
11. Elle connaît l'action des médicaments	38	86	.038	n.s.
12. Elle respecte l'horaire des médicaments	39	87	.096	n.s.
13. Elle respecte la posologie et la dose des médicaments	40	88	.289	.01
14. Elle identifie le bon client dans l'administration de la médication	41	89	.090	n.s.
Evaluation globale	42	90	.199	.05

A cause du niveau peu élevé de ces coefficients, il n'est pas possible d'établir une relation telle que nous puissions prévoir l'auto-évaluation d'un sujet à partir de l'hétéro-évaluation sauf pour le critère 13, "elle connaît la posologie des médicaments et respecte la dose" et pour l'ensemble du bloc; dans ces deux cas la corrélation est positive et significative mais faible.

Données relatives à l'évaluation du quatrième objectif

Le quatrième objectif concerne la capacité de la diplômée d'exécuter de façon responsable les soins généraux et spécifiques en regard de la thérapeutique générale. Ce bloc regroupe quatre critères de performances détaillés au tableau XVII.

La cote "moyenne supérieure" est la plus fréquente pour trois critères sur quatre. Il y a une tendance notable vers la cote 5, surtout à l'auto-évaluation.

A l'hétéro-évaluation, les cotes moyennes les plus fortes sont attribuées au respect des principes d'asepsie (3.93), puis à la connaissance de ceux-ci (3.92); l'organisation de l'horaire (critère 18) obtient la cote la plus faible (3.53).

L'auto-évaluation favorise les mêmes critères (15 et 16) avec des cotes moyennes plus élevées (4.21 et 4.10); c'est

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XVII

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au quatrième objectif

Critère	Sujets	Echelle d'évaluation					N	M
		1	2	3	4	5		
15. Elle connaît les principes d'asepsie	IC	1%	2%	20%	54%	23%	115	3.92
	D	1%	0%	9%	56%	34%	119	4.21
16. Elle respecte les principes d'asepsie	IC	1%	4%	16%	59%	20%	116	3.93
	D	0%	1%	15%	60%	25%	120	4.10
17. Elle manipule avec "facilité" le matériel utilisé	IC	0%	6%	29%	50%	15%	116	3.73
	D	0%	0%	28%	60%	12%	120	3.81
18. Elle organise bien son horaire	IC	4%	10%	34%	35%	17%	117	3.53
	D	0%	3%	40%	49%	8%	120	3.62

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

aussi l'organisation de l'horaire (critère 18) qui se classe bon dernier (3.62).

La majorité des cotes moyennes sont au-dessus de 3.60. L'ensemble de l'évaluation de cet objectif est plutôt favorable. Les diplômées s'évaluent surtout "moyennes supérieures" et sont évaluées "moyennes" et "moyennes supérieures" par les infirmières-chefs. L'auto-évaluation est donc un peu plus élevée que l'hétéro-évaluation. La dispersion est toujours plus grande chez les infirmières-chefs que chez les diplômées.

Les infirmières-chefs évaluent donc les diplômées comme connaissant et respectant les principes d'asepsie, mais ayant plus de difficulté dans la manipulation du matériel et dans l'organisation de leur travail.

Les infirmières diplômées reconnaissent leur capacité quant à la connaissance et à l'application des principes d'asepsie, mais reconnaissent aussi une capacité moindre dans la manipulation du matériel et dans l'organisation de l'horaire de travail.

La figure 12 nous présente deux distributions permettant de synthétiser l'analyse de toutes ces données.

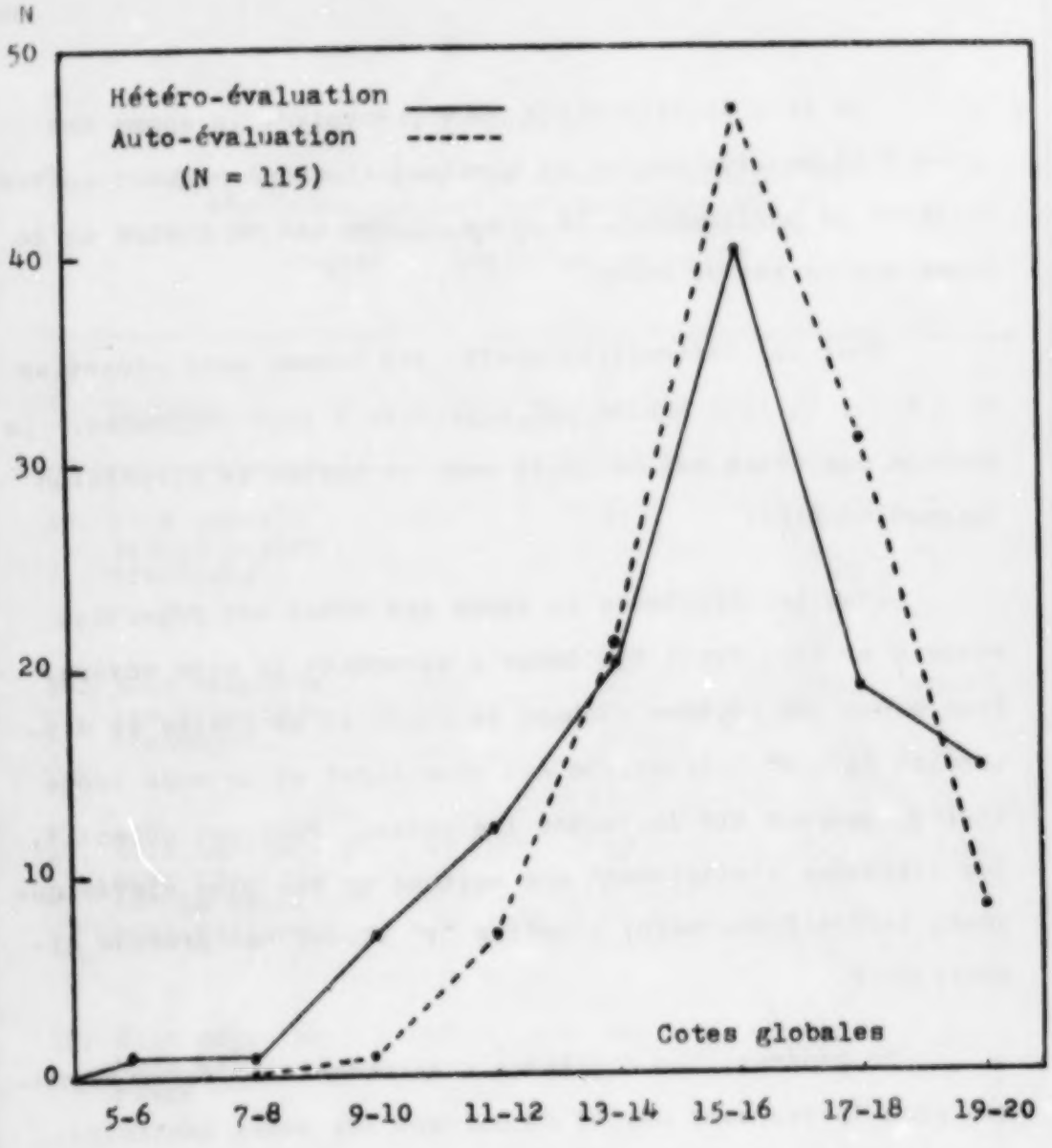

Fig. 12 - Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au quatrième objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Ces deux distributions nous présentent la somme des cotes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation. Ayant quatre critères de performance, la somme minima est de quatre et la somme maxima est de vingt.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 5 à 20; la cote maxima est attribuée à sept diplômées. La moyenne des cotes est de 15.13 avec un indice de dispersion (sigma) de 2.88.

Chez les diplômées la somme des cotes est réparties entre 9 et 20. Trois diplômées s'accordent la cote maxima. Nous avons une moyenne globale de 15.76 et un indice de dispersion de 1.98. La courbe est plus aiguë et le mode (cote 15-16) comprend 41% de toutes les cotes. Pour cet objectif, les diplômées s'attribuent une moyenne un peu plus élevée que leurs infirmières-chefs; l'indice "t" (1.94) est presque significatif.

En général, les diplômées s'accordent des cotes moyennes plus fortes mais utilisent surtout les cotes centrales.

Nous nous demandons s'il y a corrélation entre les deux types d'évaluation concernant le quatrième objectif; les coefficients sont donnés au tableau XVIII.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XVIII

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du quatrième objectif

Critère	IC / D Variables	r	P
15. Elle connaît les principes d'asepsie	43 / 91	.089	n.s.
16. Elle respecte les principes d'asepsie	44 / 92	.121	n.s.
17. Elle manipule avec "facilité" le matériel utilisé	45 / 93	.173	n.s.
18. Elle organise bien son horaire	46 / 94	.199	.05
Evaluation globale	47 / 95	.151	n.s.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les niveaux de ces coefficients sont non significatifs donc n'établissent aucune corrélation, sauf pour le critère 18: le coefficient est significatif au seuil de P = .05.

Données relatives à l'évaluation du cinquième objectif

Ce bloc d'évaluation ne regroupe que deux critères de performance, critères permettant d'atteindre la capacité d'exécuter des soins généraux et spécifiques en regard de la diététhérapie. Les détails de ces données sont présentés au tableau XIX.

Les cotes 3 et 4 sont les plus employées. Il est à noter que les cotes 3 sont légèrement plus élevées que les cotes 4.

Il est assez difficile de parler de cotes fortes et faibles dans cette comparaison entre les critères, car les différences sont trop minimes. Il est à noter que les diplômées ne sont attribuées des cotes plus basses que les infirmières-chefs.

Il nous semble essentiel d'essayer d'expliquer pourquoi les cotes moyennes sont très basses pour cet objectif en particulier. L'explication la plus plausible est que plusieurs des diplômées ayant collaboré à cette étude, sont des infirmières soignantes, soit de soirée ou de nuit: il est alors

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XIX

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au cinquième objectif

Critère	Sujets	Echelle d'évaluation					N	M
		1	2	3	4	5		
19. Elle connaît des principales diètes	IC	1%	12%	43%	39%	5%	110	3.38
	D	1%	14%	58%	23%	4%	120	3.17
20. Elle vérifie la compréhension de la diète chez le client	IC	4%	10%	43%	39%	4%	108	3.31
	D	1%	14%	32%	31%	2%	116	3.24

difficile de parler d'alimentation et d'en vérifier la compréhension auprès du client. Pour l'infirmière-chef c'est aussi deux critères qu'elle n'est pas très en mesure d'évaluer.

Après l'examen de chacun des critères la figure 13 nous présente deux distributions pour tenter de synthétiser ces données.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

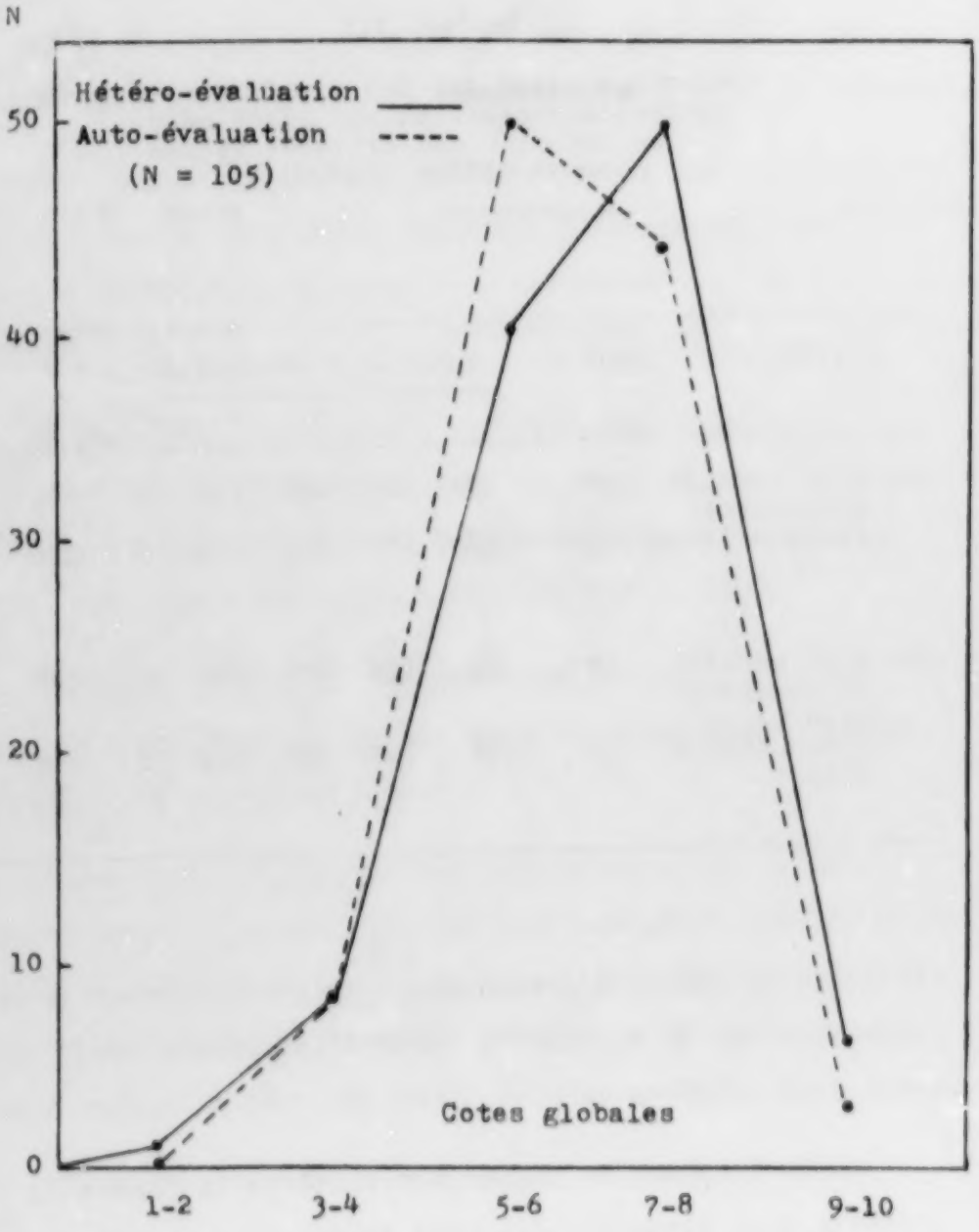

Fig. 13 - Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au cinquième objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Comme cet objectif comprend deux critères, la somme minima est de deux et la sommes maxima de dix.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 2 à 10; la cote maxima est accordée à quatre diplômées. La moyenne obtenue est de 6.70 et l'indice de dispersion (sigma) de 1.52.

La somme des cotes chez les diplômées varie de 4 à 10. Une diplômée s'est accordée la cote maximale de 10. La moyenne obtenue est de 6.41 avec un indice de dispersion (sigma) de 1.24. La courbe est bimodale (cotes 5-6 et 7-8).

L'indice "t" (0.47) est non significatif. Il n'y a donc aucune différence entre les deux distributions d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation.

Pour les coefficients relatifs au cinquième objectif qui sont donnés au tableau XX, ils sont nullement significatifs et nous en concluons qu'il n'y a aucune corrélation entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation de ce secteur.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XX

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du cinquième objectif

Critère	IC	D	r	P
	Variables			
19. Elle connaît les principes d'asepsie	48	96	.0192	n.s.
20. Elle vérifie la compréhension de la diète chez le client	49	97	-.046	n.s.
Evaluation globale	50	98	-.024	n.s.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Données relatives au sixième objectif

Le sixième objectif, "capacité de l'infirmière d'établir les communications nécessaires avec le client, son entourage et l'équipe soignante", se compose de cinq critères de performance (Tableau XXI).

Celui-ci compare l'évaluation des infirmières-chefs avec l'évaluation des diplômées. Ce sont les cotes 3 et 4 qui sont les plus employées pour tous les critères. La cote "moyenne supérieure" l'emporte pour tous les critères sauf pour le critère 23, "elle oriente le client et sa famille vers les ressources communautaires", qui reçoit la cote "moyenne" (3).

Les cotes moyennes les plus élevées, à l'hétéro-évaluation (3.85) et à l'auto-évaluation (4.07), sont attribuées aux critères concernant la facilité de communiquer avec l'équipe soignante et le vocabulaire utilisé accessible au client et à son entourage (critères 21 et 25). L'orientation du client et de sa famille vers les ressources communautaires (critère 23) se cote plutôt bas (2.82 et 2.86).

Dans l'ensemble ce bloc d'évaluation est bon, les cotes sont généralement au-dessus de 3.50 ou légèrement inférieures, sauf pour le critère 23 dont le décalage nécessite une explication.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXI

Evaluation détaillée des diplômées par les infirmières-chefs et par elles-mêmes en fonction des critères reliés au sixième objectif

Critère	Sujets	Echelle d'évaluation					N	M
		1	2	3	4	5		
21. Bonne communication avec le client/famille	IC	0%	4%	24%	54%	18%	114	3.85
	D	0%	1%	15%	60%	24%	119	4.07
22. Elle favorise l'autonomie du client	IC	5%	5%	39%	44%	7%	106	3.37
	D	1%	2%	39%	54%	4%	117	3.57
23. Elle oriente le client vers les ressources communautaires	IC	10%	23%	41%	24%	2%	104	2.82
	D	7%	16%	59%	16%	2%	111	2.86
24. Elle communique facilement avec l'autorité	IC	2%	7%	23%	45%	23%	118	3.76
	D	0%	4%	37%	46%	13%	120	3.66
25. Elle communique facilement avec l'équipe soignante	IC	2%	4%	20%	51%	23%	118	3.88
	D	0%	1%	17%	60%	22%	120	4.03

Pour ce critère, les cotes moyennes sont pour la première fois inférieures au point moyen de 3.00. Il est vraisemblable que deux facteurs puissent expliquer cette baisse aux deux types d'évaluation: d'abord l'orientation vers la prévention et les ressources communautaires est encore récente et les diplômées peu sensibilisées à ces deux aspects; de plus les diplômées soignantes de soir et de nuit n'ont pas tellement l'occasion d'exploiter les ressources communautaires auprès du client.

Pour cet objectif, la diplômée s'évalue ou est évaluée bonne "moyenne supérieure" et "moyenne" pour tous les critères.

Pour quatre critères sur cinq l'auto-évaluation est plus élevée que l'hétéro-évaluation; dans tous les cas, la dispersion des cotes est plus grande chez les infirmières-chefs que chez les diplômées qui emploient surtout les cotes 3 et 4.

On peut donc conclure que, selon l'infirmière-chefs les diplômées évaluées communiquent facilement avec l'équipe soignante, utilisent un vocabulaire accessible au client et à son entourage, mais négligent d'orienter le client et sa famille vers les ressources communautaires.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les diplômées s'évalue mieux en regard de la communication avec le client et son entourage, puis avec l'équipe soignante. Elles s'attribuent une cote plus basse dans l'orientation du client et de sa famille vers les ressources communautaires.

Le parallèle entre les deux distributions apparaissent à la figure 14. Comme il y a cinq critères, la somme minima est de cinq et la somme maxima est de vingt-cinq.

Chez les infirmières-chefs, les sommes sont réparties de 6 à 25; la cote maxima est attribuée à deux diplômées. La moyenne globale est de 17.69 et l'indice de dispersion (sigma) est de 3.53.

La somme des cotes, chez les diplômées, est répartie de 11 à 25. Deux diplômées s'attribuent la cote maxima. La moyenne obtenue est de 18.20 avec un indice de dispersion (sigma) de 2.56 .

Au sixième bloc, les diplômées s'accordent une moyenne légèrement plus élevée qu'à l'hétéro-évaluation; mais l'indice "t" n'est pas assez élevé (1.15) pour que nous puissions dire que la différence soit significative au seuil de $P = .05$.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

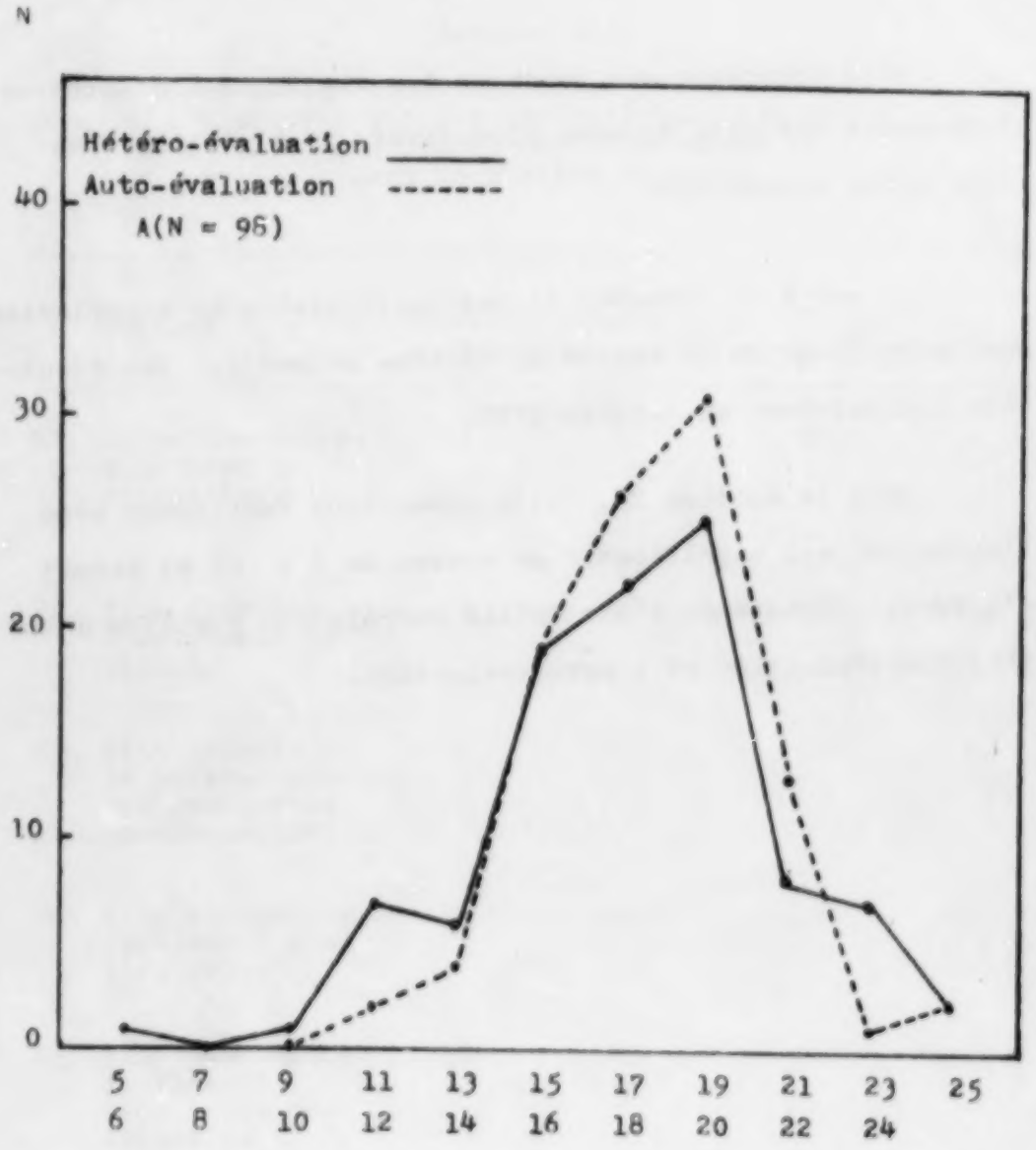

Fig. 14 - Distribution des cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation relatives au sixième objectif.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous observons une tendance des diplômées à s'octroyer globalement une cote moyenne plus élevée et à utiliser des cotes moins dispersées.

Il est à se demander si les coefficients de corrélation sont significatifs en regard du sixième objectif. Les résultats apparaissent au tableau XXII.

Seul le critère 24, "elle communique facilement avec l'autorité" est significatif au niveau de P = .05 et permet d'inférer l'existence d'une faible corrélation positive entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXII

Corrélation entre les cotes attribuées aux diplômées par les infirmières-chefs et celles attribuées par elles-mêmes en regard du sixième objectif

Critère	IC / D Variables	r	P
21. Bonne communication avec le client/famille	51 / 99	.082	n.s.
22. Elle favorise l'autonomie du client	52 / 100	.051	n.s.
23. Elle oriente le client vers les ressources communautaires	53 / 101	.104	n.s.
24. Elle communique facilement avec l'autorité	54 / 102	.198	.05
25. Elle communique facilement avec l'équipe soignante	55 / 103	.062	n.s.
Evaluation globale	56 / 104	.036	n.s.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Données relatives à l'ensemble des blocs d'évaluation

Pour l'ensemble des six objectifs, seulement 88 des questionnaires d'évaluation sont parfaitement complétés.

La figure 15 nous présente les distributions des cotes globales de l'hétéro-évaluation et de l'auto-évaluation.

La moyenne globale de l'hétéro-évaluation est de 89.58 avec un indice de dispersion (sigma) de 19.71. Comme il y a vingt cinq questions d'évaluation, la cote va de 25 à 125. Deux diplômées obtiennent la cote maxima (125) de leurs infirmières-chefs. La cote la plus faible est de 43 pour une diplômée.

A l'auto-évaluation la moyenne est de 92.25 avec un indice de dispersion (sigma) de 13.60. Une seule diplômée s'attribue la cote la plus élevée de 118. Une diplômée s'accorde la cote la plus faible de 61. L'indice "t" n'est que de 1.05, donc pas assez grand pour dire que la différence soit significative. Dans l'ensemble on peut dire que les moyennes sont assez fortes pour l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation avec, sur l'échelle, des cotes 3 et 4, mais sans différence notable dans les moyennes (71% et 73%). Par contre nous remarquons une différence dans la dispersion (19.71 et 13.60) dont l'indice "t" est assez grand pour être significatif (13.25).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

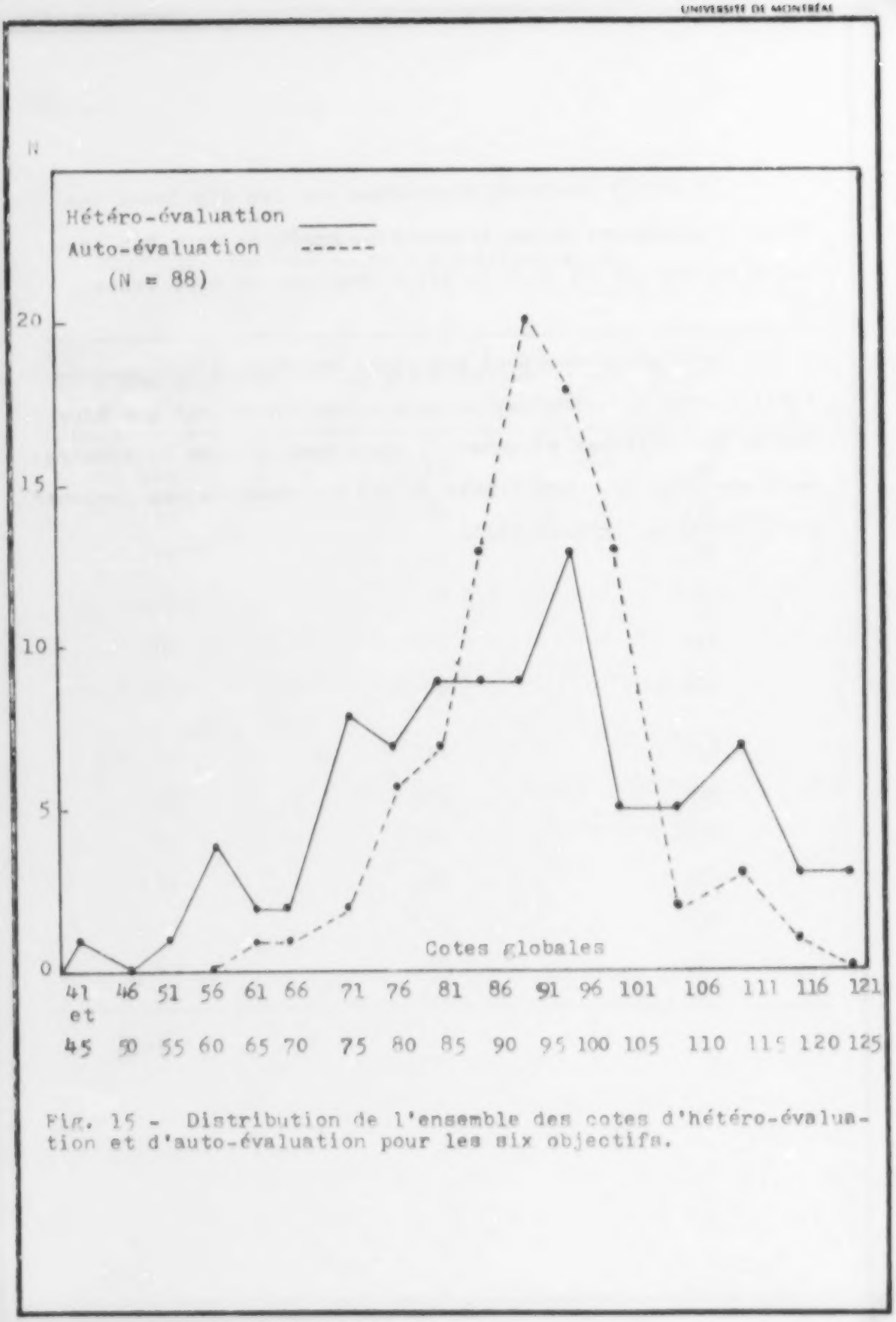

Fig. 15 - Distribution de l'ensemble des cotes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation pour les six objectifs.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Il est intéressant d'observer que les diplômées les mieux évaluées par leurs infirmières-chefs ne sont pas toujours celles qui se sont le mieux évaluées et vice versa.

Nous avons regroupé les cotes extrêmes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation pour mieux visualiser que plusieurs des moyennes globales ne correspondent pas nécessairement entre elles. Les écarts de ces extrêmes de ces moyennes sont donnés au tableau XXIII.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXIII

Ecarts extrêmes et cotes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation

Hétéro-évaluation	Auto-évaluation	Ecart
125	105	-20
125	85	-40
124	96	-28
120	87	-33
106	70	-36
103	79	-24
55	111	+56
75	105	+30
79	104	+25
57	94	+37
56	91	+35
43	80	+37

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'écart moyen, exprimé en chiffres absolus est assez élevé: 15.33, ce qui veut dire qu'il y a en moyenne quinze unités de différence soit en plus soit en moins entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation.

On peut se demander s'il y a corrélation entre l'ensemble des cotes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation. Le coefficient de corrélation (r= 0.1) est trop faible pour que l'on puisse écarter l'hypothèse d'une corrélation nulle, donc il y a très peu de corrélation.

S'il n'y a pas de corrélation entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation, est-ce qu'il y a corrélation à l'intérieur des blocs d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation?

Le tableau XXIV indique les interrelations soit à l'intérieur de l'hétéro-évaluation, soit à l'intérieur de l'auto-évaluation. Dans tous les cas les coefficients sont significatifs.

Donc les hétéro-évaluations sont en corrélations positives de même que les auto-évaluations, peu importe les blocs qu'on associe. Toutefois, l'ensemble des coefficients est beaucoup plus élevé à l'intérieur de l'hétéro-évaluation: les infirmières-chefs sont plus stables et constantes dans l'évaluation des diplômées.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXIV

Corrélations entre les blocs d'hétéro-évaluation soit d'auto-évaluation

Blocs	I	II	III	IV	V	VI
I	-	.881	.833	.784	.716	.830
II	.549	-	.819	.789	.741	.787
III	.496	.561	-	.801	.742	.734
IV	.533	.571	.753	-	.745	.755
V	.310	.514	.341	.447	-	.740
VI	.494	.553	.381	.541	.695	-

N.B. A droite de la diagonale, les corrélations entre cotes d'hétéro-évaluation. A gauche de la diagonale, les corrélations entre cotes d'auto-évaluation.

Comment expliquer cette différence quand même assez stable dans les indices de corrélation? Est-ce dû au fait que les infirmières-chefs sont moins nombreuses ou encore au fait que les diplômées évitent les cotes extrêmes et n'utilisent surtout que les cotes 3 et 4, ou encore y a-t-il d'autres facteurs qui présentement nous échappent?

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

b) Données relatives à l'influence des facteurs sur l'évaluation

A date nous avons vu les données relatives à l'évaluation elle-même. Il nous reste à voir s'il est des facteurs spéciaux qui jouent sur l'hétéro-évaluation ou sur l'auto-évaluation ou sur les deux à la fois, ou encore sur la différence entre les deux évaluations.

Le cheminement prévu est d'abord l'étude des variables concernant les infirmières-chefs, puis celles concernant les diplômées, et enfin, les variables se rapportant aux deux groupes de sujets.

Dans chacque cas, une hypothèse générale est posée: le facteur n'exerce pas d'influence entre les cotes données par les sujets d'un groupe et celles de l'autre groupe. Pour vérifier cette influence nous examinons la signification de la différence entre les moyennes globales à l'aide de l'indice "t". Si l'indice n'est pas assez grand pour que l'hypothèse soit rejetée et que la différence puisse être jugée significative, par exemple au niveau de P = .05, alors nous passons à la variable suivante.

Si l'indice indique une différence significative, alors nous étudions les blocs d'évaluation un à un en fonction du

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

facteur en se demandant: le facteur joue-t-il dans l'évaluation du premier bloc, du second et ainsi de suite.

Premier facteur: la formation professionnelle de l'infirmière-chef (variable 1).

Soixante-douze diplômées sont évaluées par des infirmières-chefs qui sont des infirmières autorisées. La cote moyenne globale est de 91.97. La cote moyenne globale de huit diplômées évaluées par cinq infirmières-chefs ayant un post-scolaire est de 94.62. Pour huit autres diplômées évaluées par quatre infirmières-chefs bachelières, la cote moyenne globale est de 73.62.

L'écart est considérable entre cette dernière moyenne et les autres. Toutes les infirmières-chefs, et surtout celles avec post-scolaire, évaluent plus haut que celles possédant un baccalauréat. Nous pouvons nous demander le pourquoi de cette différence. Les infirmières-chefs ayant une formation plus poussée sont-elles plus exigeantes? Ou est-ce le fait du hasard? Comme il y a très peu d'infirmières-chefs et de diplômées concernées, nous ne pouvons exclure l'intervention du hasard, ni recourir à l'indice "t" avec certitude pour évaluer le degré de signification.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En fait, comme il semble y avoir une différence, il faut suggérer une étude plus systématique où le facteur sera bien contrôlé et où il s'agira de comprendre la motivation et la psychologie de la bachelière.

Le second facteur: l'expérience professionnelle de l'infirmière-chef (variable 2).

La cote moyenne globale accordée aux diplômées par le groupe d'infirmières-chefs ayant moins de dix ans d'expérience est de 86.03. Les infirmières-chefs qui possèdent onze ans et plus d'expérience accordent des cotes plus généreuses. Puisque l'indice "t" est significatif à P = .05, nous avons fait le détail pour chacun des blocs d'évaluation qui apparaît au tableau XXV.

Dans les blocs nous notons une légère élévation de la moyenne chez les infirmières-chefs ayant plus d'expérience. Surtout le bloc VI avec un indice "t" de 2.96 est très significatif. La différence est suffisamment grande pour que nous puissions dire que cet objectif formé de critères de communication donne plus de satisfaction que tous les autres objectifs.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXV

Influence de l'expérience professionnelle des infirmières-chefs sur leur évaluation des diplômées

Bloc	- 10 ans + 11 ans	M	N	σ	t	P
I	-	20.67	45	4.60	1.81	n.s.
	+	22.20	64	3.84		
II	-	14.13	45	2.66	1.50	n.s.
	+	14.97	63	3.09		
III	-	14.67	46	2.55	1.97	.05
	+	15.68	65	2.74		
IV	-	14.59	47	3.12	1.62	n.s.
	+	15.50	66	2.66		
V	-	6.41	44	1.66	1.58	n.s.
	+	6.90	61	1.38		
VI	-	16.55	42	3.29	2.96	.01
	+	18.55	56	3.42		
Globale	-	86.03	38	16.39	2.19	.05
	+	93.98	50	16.97		

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Troisième facteur: Expérience de l'infirmière-chef comme infirmière-chef (variable 3)

Les infirmières-chefs ayant moins d'expérience comme infirmières-chefs attribuent aux diplômées une cote moyenne globale de 91.52. Celles qui ont quatre à six ans d'expérience, attribuent une cote moyenne globale de 91.18. Les infirmières-chefs les plus expérimentées, sept ans et plus attribuent aux diplômées une cote moyenne globale de 90.22.

La différence entre les cotes moyennes globales est minime et l'indice "t" est nettement non significatif.

Donc cette variable n'exerce aucune influence sur l'évaluation des diplômées par les infirmières-chefs.

Quatrième facteur: Durée perçue par l'infirmière-chef de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial (variable 4).

Cette variable regroupée donne les cotes moyennes globales suivantes: les infirmières-chefs qui croient que la durée de la formation est de un mois et moins accordent aux diplômées 89.90; celles qui croient que la formation est de deux mois et plus accordent 95.97; et les infirmières-chefs qui ont omis de répondre à la question, accordent 83.09.

Les cotes données par les infirmières-chefs qui croient plus longue la durée de la formation clinique médico-chirurgicale ont tendance à être plus élevées que celles données par les infirmières-chefs qui sont mieux informées. Les cotes les plus sévères sont données par les infirmières-chefs qui ont laissé cette question sans réponse, donc qui ne sont vraisemblablement pas au courant de la situation.

Il y a des différences, mais soumises au test du "t" elles sont non significatives.

Cinquième facteur: Durée souhaitée de la formation clinique médico-chirurgicale au cours collégial (variable 5).

Nous avons regroupé les données en deux catégories donc, 3 mois au maximum et 4 mois minimum, plus la catégorie des sans réponse. Les infirmières-chefs de la première catégorie accordent aux diplômées une cote moyenne globale de 89.68; les infirmières-chefs de la seconde catégorie accordent 91.21 et les infirmières-chefs ayant omis cette question leur accordent 87.50.

Les infirmières-chefs qui souhaitent une formation clinique médico-chirurgicale plus longue au cours collégial semblent coter les diplômées un peu plus généreusement, mais la différence n'est pas significative.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Sixième facteur: L'insécurité perçue chez les diplômées (variable 6).

Les infirmières-chefs qui perçoivent beaucoup d'insécurité chez les diplômées accordent une cote moyenne globale de 88.71. Les infirmières-chefs qui perçoivent une insécurité moyenne accordent une cote moyenne globale de 94.46.

Les infirmières-chefs qui perçoivent plus d'insécurité donnent des cotes plus faibles, mais la différence n'est pas assez grande pour être significative.

Septième facteur: Les causes d'insécurité chez les diplômées (variable 7).

Nous avons regroupé les causes d'insécurité en trois catégories: manque d'habileté (27 réponses), essai trop court (33 réponses) et toutes les autres causes apportées (28 réponses). Voici respectivement les cotes moyennes globales attribuées aux diplômées: 88.81, 95.69 et 86.14.

Celles qui attribuent l'insécurité au manque d'habileté semble coter plus bas que celles qui font appel à la période d'essai comme cause d'insécurité. Toutefois la différence n'est pas significative.

Dans une deuxième phase, nous comparons la période d'essai comme cause d'insécurité avec toutes les autres causes et nous obtenons un "t" significatif à P = .05. Celles qui

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

attribuent l'insécurité perçue à la brièveté de la durée d'essai cotent plus haut que les autres, sans qu'il nous soit possible d'interpréter cette différence.

Huitième facteur: Durée d'essai souhaitée par les infirmières-chefs (variable 8).

Regroupé en trois catégories, ce facteur donne les cotes moyennes globales suivantes: deux mois maximum, 91.85 (28 diplômées); trois à six mois, 92.61 (36 diplômées); plus de six mois, 85.91 (24 diplômées).

Plus les infirmières-chefs souhaitent une durée d'essai longue, plus elles tendent à coter faiblement. Mais la différence n'est pas suffisamment grande pour être significative.

Neuvième facteur: Expérience requise pour que la diplômée puisse accéder au poste de chef d'équipe (variable 9).

Une fois ce facteur regroupé en trois catégories, voici les cotes moyennes globales obtenues: trois mois maximum 98.81 (16 diplômées); quatre à neuf mois, 90.34 (19 diplômées); dix mois et plus, 85.78 (41 diplômées).

Le premier groupe cote plus haut que le second groupe ($P = .05$) et beaucoup plus haut que le troisième groupe ($P = .01$);

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

mais il n'y a pas de différence significative entre le deuxième et le troisième groupe.

Il nous semble que pour plusieurs infirmières-chefs les diplômées devraient avoir plus d'expérience pour accéder à un poste, et ces infirmières-chefs donnent des cotes beaucoup plus basses.

Dixième facteur: L'hôpital où travaillent les diplômées (variable 57).

Les différences significatives à l'hétéro-évaluation et à l'auto-évaluation sont significatives pour quelques hopitaux. Le tableau XXVI donne les détails complets de cette variable.

Dans la plupart des cas il n'y a pas assez de candidates pour pouvoir effectuer des calculs statistiques probants. Néanmoins nous notons certaines tendances.

A l'hétéro-évaluation entre l'hôpital A et l'hôpital C la différence est très significative au seuil de P = .01. Les infirmières-chefs de l'hôpital C cotent leurs diplômées plus élevées qu'à l'hôpital A.

A l'auto-évaluation les hôpitaux C et D offrent une différence significative à P = .05. Les diplômées de l'hô-

Tableau XXVI

Comparaison de l'hétéro-évaluation et de l'auto-évaluation en fonction des hôpitaux

	Hôpital	N	M	σ
Hétéro	A	12	80.83	10.61
	B	9	90.55	10.13
	C	10	99.40	10.49
	D	9	90.11	15.08
	E	11	88.81	12.79
	F	29	90.86	22.38
	G	3	84.33	-
Auto	A	12	94.58	17.12
	B	9	90.44	7.10
	C	10	99.70	6.21
	D	9	86.22	9.55
	E	11	91.36	15.08
	F	29	93.89	3.92
	G	3	96.33	-

pital C se jugent plus fortes que les diplômées de l'hôpital D.

Si nous comparons l'hétéro-évaluation à l'auto-évaluation, ce n'est qu'à l'hôpital A qu'il y ait un écart très grand entre l'hétéro-évaluation (80.83) et l'auto-évaluation (94.58). Les diplômées de l'hôpital A se donnent des cotes beaucoup plus élevées que celles reçues de leurs infirmières-chefs.

Onzième facteur: Provenance des diplômées (variables 59).

Seuls trois CEGEP sont conservés pour l'analyse, le quatrième offrant trop peu d'effectifs pour les calculs statistiques. A l'hétéro-évaluation les cotes moyennes globales des collèges sont les suivantes: 90.91 pour le collège X (48 diplômées); 93.82 au collège Y (28 diplômées); 80.57 au collège Z (7 diplômées).

Il y a une différence significative au seuil de P = .05 entre les hétéro-évaluations des collèges Y et Z mais le nombre de sujets est trop petit au collège Z pour tenir compte de cette différence.

A l'auto-évaluation, le nombre de diplômées par collège est le même qu'à l'hétéro-évaluation.

Les cotes moyennes globales sont: 91.14 pour le collège X; 95.28 pour le collège Y et 94.57 pour le collège Z.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Il n'y a aucune différence significative à l'auto-évaluation.

Si nous comparons l'hétéro-évaluation à l'auto-évaluation il n'existe aucune différence significative, sauf peut-être une tendance pour le Collège Z, mais le nombre d'effectifs (7) est trop petit pour en tenir compte.

Douzième facteur: Année de promotion des diplômées (variable 60).

Cette variable rejoint notre troisième hypothèse que nous reprenons en trois parties.

Hypothèse 3A: les cotes globales d'hétéro-évaluation sont les mêmes pour les diplômées de 1971 et pour celles de 1972.

Hypothèse 3B: les diplômées de 1971 ne s'évaluent pas autrement que celles de 1972 et il n'y a pas de différence significative entre les cotes globales moyennes de l'auto-évaluation.

Hypothèse 3C: ni chez les diplômées de 1971, ni chez celles de 1972, il n'existe de différence significative entre les cotes globales moyennes de l'hétéro-évaluation et celles de l'auto-évaluation.

La vérification de l'hypothèse peut se faire au moyen du tableau XXVII.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXVII

Comparaison, en fonction de l'année de promotion, des cotes moyennes globales d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation

	Année	N	M	σ	t	P
Hétéro	71	39	96.46	17.80		
					2.66	.01
	72	48	85.87	18.77		
Auto	71	39	95.18	7.22		
					1.69	n.s.
	72	48	91.62	11.96		

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

A l'hétéro-évaluation les infirmières-chefs cotent plus élevé les diplômées de 1971. L'hypothèse 3A est donc rejetée car il y a une différence significative (P = .01) dans la perception manifestée par les cotes d'hétéro-évaluation.

A l'auto-évaluation nous notons aucune différence significative; donc l'hypothèse 3B est conservée et nous concluons qu'il n'y a pas de différence entre les évaluations de 1971 et de 1972.

Si nous comparons l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation pour l'année 1971, il n'y a pas de différence significative; par contre pour 1972, il y a tendance, ce qui implique que les diplômées de 1972 ont tendance à se juger aussi bonnes que les diplômées de 1971 qui ont plus d'expérience.

L'hypothèse 3C est donc conservée car la différence n'est pas suffisamment significative au seuil de P = .05.

Nous passons donc aux cotes moyennes des blocs d'évaluation en détail, au tableau XXVIII, pour la seule hétéro-évaluation où nous avons décelé une différence significative.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXVIII

Comparaison, en fonction de l'année de promotion, des cotes d'hétéro-évaluation attribuées à chacun des blocs d'évaluation

Bloc	Année	N	M	σ	t	P
I	71	49	23.08	4.62	2.99	.01
	72	59	20.37	4.38		
II	71	50	15.72	2.29	4.36	.01
	72	57	13.64	2.56		
III	71	50	16.10	2.55	2.94	.01
	72	60	14.61	2.66		
IV	71	52	16.19	2.72	3.71	.01
	72	62	14.27	2.72		
V	71	50	7.0	1.32	2.08	.05
	72	54	6.38	1.63		
VI	71	44	18.47	3.42	1.98	n.s.
	72	53	17.03	3.65		

UNIVERSITE DE MONTREAL

La différence est générale et se retrouve dans les différents blocs, sauf peut-être le dernier où la différence n'est pas tout à fait significative mais doit correspondre à une forte tendance.

Treizième facteur: Durée de l'emploi au département actuel (variable 61).

A l'hétéro-évaluation les cotes moyennes globales attribuées aux diplômées des différentes catégories sont en général non significatives, sauf les cotes extrêmes qui sont, pour sept à neuf mois d'expérience 83.78, et de 97.42 pour treize mois et plus d'expérience. Le nombre de diplômées évaluées parces deux catégories est de vingt-trois et vingt-six. La différence est significative au seuil de P = .01. Les diplômées les mieux cotées dans le service sont d'abord les plus anciennes ensuite les plus récentes. Ce n'est pas linéaire parce que les sujets du groupe 2 qui ont moins d'expérience (1-3mois) reçoivent des cotes assez élevées en comparaisons des sujets qui ont 7 à 9 mois d'expérience.

A l'auto-évaluation nous retrouvons les cotes moyennes globales extrêmes attribuées aux mêmes catégories soit 4 et 6 avec un seuil de P = .05. On retrouve un écart significatif entre les deux groupes.

Si nous comparons l'hétéro-évaluation à l'auto-évaluation nous notons une hausse régulière des cotes globales moyennes avec l'expérience acquise. Les différences entre chacune des cotes moyennes globales indiquent une tendance mais ne sont pas significatives.

Il est à noter que seul le groupe 6 (experience de 13 mois et plus) s'évalue comme il est évalué.

Quatorzième facteur: Poste occupé par les diplômées (variable 62).

Nous avons regroupé les sujets en quatre catégories: 1- soignantes de jour; 2 et 3- chefs d'équipe et assistante; 4- soignantes de soirée; 5- soignantes de nuit.

A l'hétéro-évaluation les cotes moyennes globales sont respectivement 91.82 (23 diplômées); 96.66 (15 diplômées) 88.76 (34 diplômées); 86.75 (16 diplômées).

Il n'y a aucune différence significative à l'hétéro-évaluation. Donc le poste occupé n'intervient pas dans l'évaluation des diplômées par les infirmières-chefs.

A l'auto-évaluation les cotes moyennes globales sont respectivement: 89.65, 94.88, 98.26 et 90.25.

Il y a une différence significative (P = .05) entre les diplômées soignantes de soirée qui se donnent des cotes beaucoup plus élevées que les diplômées soignantes de nuit. A l'hétéro-évaluation et à l'auto-évaluation mises en parallèle on ne note aucune différence significative. Donc la diplômée s'évalue à peu près comme elle est évaluée par son infirmière-chef.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

c) Conclusions relatives à l'évaluation

Nous avons recueilli un ensemble de données et il nous faut en dresser un bilan récapitulatif.

Deux remarques méthodologiques vont exercer une influence sur notre interprétation. D'une part, tous n'ont pas rempli parfaitement les questionnaires d'évaluation et nous ne trouvons que 88 copies sur 120, soit 72%, où les infirmières-chefs et les diplômées aient répondu à chacun des cinquante critères d'évaluation; cette diminution dans le nombre total des informations nous oblige à renoncer à la vérification d'hypothèses secondaires sur le lien entre deux variables combinées et l'évaluation globale. D'autre part, l'inégalité des blocs quant au nombre des critères employés nous empêche de faire des comparaisons statistiques probantes et nous amène à présenter des comparaisons indicatives de tendances; pour ces comparaisons, nous réduisons toujours à l'échelle de un à cinq les totaux obtenus soit pour l'ensemble, soit pour chacun des blocs.

Une première donnée générale se dégage: l'évaluation globale moyenne est assez élevée. Pour l'ensemble des blocs, la moyenne globale de l'hétéro-évaluation est de 89.58 et celle de l'auto-évaluation s'élève à 92.25. Si nous procédons à la réduction annoncée plus haut, nous trouvons que pour

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

chacun des vingt cinq critères utilisés à l'hétéro-évaluation, la cote moyenne serait de 3.58 sur une échelle de 1 à 5; nous pouvons dire que les infirmières-chefs situent globalement les diplômées presque à égale distance entre la cote 3 (moyenne) et la cote 4 (entre moyenne et supérieure) et qu'elles estiment le rendement des diplômées supérieur à la moyenne. Si nous appliquons le même procédé à l'auto-évaluation, nous voyons que pour chacun des vingt-cinq critères utilisés, la cote moyenne que s'attribuent les diplômées serait de 3.69; cette dernière cote moyenne se situe un peu au-dessus de la cote qu'elles reçoivent et elle indique que les diplômées évaluent elles aussi leur rendement supérieur à la moyenne.

Un des premiers objectifs de notre recherche est atteint. Nous savons que le rendement des diplômées est globalement jugé un peu supérieur à la moyenne, du moins quand il s'agit des juges et des sujets qui ont répondu à notre questionnaire. Après huit ou vingt mois d'expérience, selon l'année de leur promotion, les diplômées ont un rendement dont les infirmières-chefs se disent satisfaites et dont elles-mêmes se disent également satisfaites.

De plus, dans l'ensemble les moyennes concordent. Cette seconde constatation d'importance nous permet de conserver notre troisième hypothèse; s'il est vrai que les diplômées

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ont tendance à s'accorder des cotes légèrement supérieures à celles qu'elles doivent, les différences ne sont pas significatives et nous concluons: "il n'y a pas de différence significative entre l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation." (cf. p. 17).

Toutefois, nous notons d'autres différences: les cotes de l'hétéro-évaluation sont dispersées et les corrélations sont très faibles ou nulles entre les deux types d'évaluation. Les infirmières-chefs utilisent plus souvent que les diplômées les cotes extrêmes et il n'est pas possible de prédire, à partir de la cote de l'infirmière-chef, la cote que se donne la diplômée. Tous se passe comme si les diplômées refusaient de s'avouer inférieures à la moyenne ou comme si elles n'osaient se déclarer vraiment supérieures.

Cette absence de corrélation entre les deux types d'évaluation n'empêche pas l'existence de corrélation. Les infirmières-chefs sont constantes dans leur évaluation des diplômées; les diplômées s'accordent aussi des cotes qui sont consistantes; il semblerait même exister des cas de "halo", donc de contagion d'une cote à l'autre, peut-être sous l'influence de la facilité.

Après ces deux conclusions générales nous pouvons comparer les évaluations portées sur les six objectifs ou blocs

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

d'évaluation. Nous appliquons toujours la même réduction: nous divisons chaque cote moyenne par le nombre de critères utilisés et nous obtenons pour chaque bloc une nouvelle cote située entre les points extrêmes (un à cinq). Le tableau XXIX nous présente ces cotes réduites pour chaque bloc et pour l'ensemble aussi bien à l'hétéro-évaluation qu'à l'auto-évaluation.

Si nous classons les blocs du mieux cotés au moins bien coté, nous découvrons que l'ordre des blocs est le même dans les deux types d'évaluation: le troisième objectif reçoit la cote la plus élevée, puis le quatrième, puis le deuxième et le premier, enfin le sixième et le cinquième.

Les deux objectifs qui reçoivent les cotes moyennes les plus élevées concernent la thérapeutique médicamenteuse (bloc III) et la thérapeutique générale et spécifique (bloc IV).

Les objectifs pour lesquels l'évaluation est plus faible concernent la communication (bloc VI) et la diététothérapie (bloc V).

Ces concordances dans l'évaluation relative des blocs peuvent renseigner sur les améliorations à apporter dans la formation en milieu collégial. Il faut s'interroger sur

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Tableau XXIX

Présentation des cotes moyennes d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation pour chaque bloc et pour l'ensemble, après réduction à une échelle à cinq points.

Type / Objectif	Hétéro-évaluation	Auto-évaluation
I	3.59	3.68
II	3.65	3.81
III	3.81	3.97
IV	3.78	3.94
V	3.35	3.20
VI	3.54	3.64
Ensemble	3.58	3.69

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

sur l'importance accordée dans les CEGEP aux critères relatifs à la communication et à la diététothérapie; il faut s'interroger sur l'efficacité des moyens mis en oeuvre pour atteindre ces deux objectifs.

Nous en concluons, et ce sera notre troisième constatation que les deux catégories d'évaluateurs s'accordent dans l'évaluation relative du rendement en fonction des divers objectifs et qu'ils jugent que le rendement des diplômées est plus faible dans les deux domaines de la communication et de la diététothérapie.

Nous avons aussi étudié l'impact de certaines variables sur l'hétéro-évaluation combinée ou non à l'auto-évaluation. Il nous en reste peu de conclusions certaines.

Un certain nombre d'infirmières-chefs accordent des cotes plus élevées; on peut déceler certaines caractéristiques communes: formation professionnelle de base, expérience professionnelle plus longue; elles ont toutefois la même expérience que les autres comme infirmières-chefs.

Les opinions et attentes des infirmières-chefs qui accordent des cotes plus élevées semblent pouvoir se caractériser ainsi: connaissance plus exacte de la durée réelle de la formation clinique médico-chirurgicale, perception

UNIVERSITE DE MONTREAL

d'une insécurité moindre chez les diplômées, explication de cette insécurité par des raisons autres que le manque d'habileté, exigences moindres pour la durée de la période d'essai et pour l'expérience préliminaire à l'accession à un poste.

Il n'est pas impossible que certaines infirmières-chefs donnent de meilleures cotes parce qu'elles sont moins exigeantes, parce qu'elles sont plus compréhensives, parce qu'elles ont reçu de meilleures diplômées ou parce que d'autres facteurs insoupçonnés agissent. Il ne nous est pas possible, à partir des donnée recueillies, de présenter une explication cohérente complète du phénomène.

Quelles sont chez les diplômées, les facteurs qui appellent des cotes plus élevées? Voilà une question à laquelle il est possible d'apporter au moins une réponse sûre.

Nous avons vu que les diplômées de 1971 reçoivent des cotes plus élevées que celles des diplômées de 1972. L'expérience du milieu hospitalier est donc en relation directe avec les cotes reçues et l'hypothèse 4 que nous avions formulée négativement doit donc être rejetée conformément à notre intuition initiale. La diplômée complète en milieu hospitalier sa propre formation.

Les autres variables exercent une influence plus difficile à déceler. Les diplômées du CEGEP Y et celles de

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

l'hôpital C reçoivent des cotes plus élevées. Or nous avons vu, au tableau IV, p. 40, que les diplômées des CEGEP se répartissent de façon inégale dans les hôpitaux: une diplômée semble trouver plus facilement un emploi à l'hôpital où elle a effectué des stages. Comme il y a échanges entre le collège qui forme et l'hôpital qui reçoit les stagiaires, les objectifs du premier exercent une influence sur les objectifs du second et vice-versa.

Du côté de la durée d'emploi au même département, il nous semble que les diplômées soient mieux cotées lorsqu'elles y sont depuis un certain temps; soit parce qu'elles sont adaptées à l'équipe soignante, à la catégorie de malades; soit aussi parce qu'elles sont mieux connues par l'infirmière-chef.

Quand il s'agit des responsables, nous pourrions croire qu'elles devraient être les mieux cotées alors qu'il n'en est rien. Un facteur qui peut expliquer ce phénomène semble le peu d'expérience que possède la diplômée qui accède à un poste non en fonction de ses capacités actuelles mais en fonction des besoins du milieu et de son potentiel à exploiter.

Quant à l'auto-évaluation, il n'y a à peu près pas de différence significative.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous remarquons que lorsque les diplômées sont évaluées très bas pour diverses raisons, ces mêmes diplômées n'ont pas tendance à s'évaluer aussi bas, mais la différence est trop minime pour être significative.

Si nous observons un écart significatif dans l'hétéro-évaluation, nous n'observons pas d'écart significatif dans l'auto-évaluation. Ce serait un sujet possible d'étude ultérieure.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Conclusion

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'intégration de la formation infirmière à l'intérieur des CEGEP est un phénomène récent et ses effets n'ont pas encore tous été examinés. Nous nous sommes proposé d'étudier la perception que l'on a du rendement des infirmières issues des centres collégiaux de formation.

Notre point de départ réside dans une liste d'objectifs préparée par des professeurs du département de techniques infirmières d'un CEGEP. Nous avons converti en questions d'évaluation la liste de critères proposée pour atteindre ces objectifs. Nous avons demandé à 66 infirmières-chefs d'évaluer 120 diplômées provenant de 4 CEGEP et travaillant dans 7 hôpitaux de la région métropolitaine et d'attribuer des cotes, sur une échelle de 1 à 5, à vingt-cinq critères ou comportements groupés en 6 blocs complémentaires d'évaluation.

Ce questionnaire comprend aussi des questions sur la préparation et l'expérience des infirmières-chefs, comme sur leurs opinions et leurs attentes quant à la formation clinique médico-chirurgicale des diplômées.

Les diplômées ont été invitées à remplir un questionnaire parallèle et à s'évaluer par rapport aux mêmes critères. Il nous a été possible de compiler ensemble les réponses de l'infirmière-chef et celles de la diplômée , donc d'établir

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

des correspondances entre l'hétéro- et l'auto-évaluation.

Les réponses des infirmières-chefs indiquent une perception souvent fausse de la réalité cégépienne et il sera nécessaire, croyons-nous, de coordonner perceptions et attentes relatives, par exemple, à certaines performances que la diplômée doit exécuter seule ou apprendre sur place.

Nos deux hypothèses relatives à la formation clinique médico-chirurgicale et à la période d'essai se vérifient: la période de formation est jugée trop courte par les infirmières-chefs et par les diplômées; les infirmières-chefs souhaitent pour les diplômées une période d'essai plus longue, mais les diplômées ne la souhaitent que si la période de formation n'est pas prolongée.

Dans l'ensemble, les évaluations sont plus que positives. Sans être cotées supérieures(cote 5), les diplômées reçoivent des cotes plus élevées que la moyenne, soit entre 3.5 et 4. Les blocs les plus faibles concernent la communication et la diététothérapie.

Nous avons constaté que les diplômées de 1971 sont mieux cotées que celles de 1972, ce qui nous permet de conclure que la formation de la diplômée se complète dans et par le monde du travail.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous avons aussi constaté que la différence est non significative entre l'hétéro- et l'auto-évaluation: même si les dispersions sont diverses, même si les corrélations sont très faibles de cote à cote, les moyennes globales se rejoignent.

Peu de facteurs semblent exercer une influence certaine sur l'évaluation. Certains d'entre eux mériteraient une étude spéciale: la formation professionnelle de l'infirmière-chef, le poste occupé par la diplômée, la correspondance des objectifs des milieux cliniques et collégiaux.

Notre étude comporte des limites dont nous sommes conscient : le groupe d'infirmières-chefs est restreint, le nombre d'hôpitaux et de CEGEP reste petit, nous n'avons pu bâtir un échantillon stratifié où seraient représentées toutes les combinaisons possibles de facteurs, notre questionnaire s'appuie sur des objectifs formulés par des professeurs et non sur d'autres critères externes.

Le même sujet mérite d'être repris à l'aide d'autres techniques: observation systématique de la performance, étude longitudinale, étude de cas et interview. Mais alors, il s'agira peut-être moins d'une perception que de la performance elle-même.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Appendice A

Les questionnaires

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PERFORMANCE DES DIPLOMÉES DE CEGEP

QUESTIONNAIRE A: Renseignements généraux

Variables

N.B. A chacune des questions n'encerclez qu'une seule réponse.

Q. 1 Quelle est votre formation professionnelle?

Infirmière autorisée	1	
Post-scolaire.	2	1
B. Sc.	3	
Maîtrise	4	
Doctorat	5	

Q. 2 Quelle est votre expérience professionnelle?

1 - 5 ans	1	
6 - 10 ans	2	2
11 - 15 ans	3	
16 ans et plus	4	

Q. 3 Quelles sont vos années d'expérience comme infirmière-chef?

moins d'un an	1	
1 - 3 ans	2	3
4 - 6 ans	3	
7 - 9 ans	4	
10 ans et plus	5	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Q. 4 D'après vous, quelle est actuellement et quelle devrait être la durée de <u>formation clinique médico-chirurgicale</u> dans le coure collégial?

(encercles un seul chiffres ds chacune des colonnes)

Ce qu'elle est (4)		Ce qu'elle devrait être (5)		
moins d'un mois	1	moins d'un mois	1	4
1 mois	2	1 mois	2	
2 mois	3	2 mois	3	
3 mois	4	3 mois	4	5
4 mois	5	4 mois	5	
5 mois	6	5 mois	6	
6 mois ou plus	7	6 mois ou plus	7	

Q. 5 Constatez-vous de l'insécurité face au travail chez les diplômées de cegep?

Beaucoup	1	
Moyennement	2	6
Peu	3	

Q. 6 A quoi attribuez-vous cette insécurité?

Manque de connaissances théoriques.....	1	7
Manque d'habileté	2	
Les deux facteurs précédents	3	
Période d'essai trop courte	4	
Autres (spécifiez) _____	5	

Q. 7 D'après vous quelle devrait être la durée de la "période d'essai" (ou période d'intégration) de la diplômée à son arrivée sur le marché du travail?

moins d'un mois	1	8
1 mois	2	
2 mois	3	
3 mois	4	
4 mois	5	
5 mois	6	
6 mois	7	
Plus de 6 mois	8	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Q. 8 Combien de temps après l'arrivée sur le marché du travail croyez-vous que la diplômée puisse accéder au poste de chef d'équipe?

moins d'un mois	1	
1 - 3 mois	2	
4 - 6 mois	3	9
7 - 9 mois	4	
10 - 12 mois	5	
plus d'un an	6	

Q. 9 Qu'attendez-vous de la nouvelle diplômée quant à ses capacités d'exécution des soins suivants?

a) Injection I/V	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	10
	Apprentissage sur place	3	
b) Injection I/M	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	11
	Apprentissage sur place	3	
c) Injection S/C	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	12
	Apprentissage sur place.	3	
d) Aspiration des sécrétions	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	13
	Apprentissage sur place	3	

e) Soins d'un tube de Levin	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	14
	Apprentissage sur place.	3	
f) Soins de colostomie	Exécution seule	1	
	Sous supervision.....	2	15
	Apprentissage sur place.	3	
g) Soins de trachéotomie	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	
	Apprentissage sur place.	3	
h) Pose d'une sonde Fowley	Exécution seule	1	
	Sous supervision.....	2	17
	Apprentissage sur place.	3	
i) Manipulation d'un moniteur cardiaque	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	18
	Apprentissage sur place.	3	
j) Tests de Labo (les plus fréquents)	Exécution seule	1	
	Sous supervion.....	2	19
k) Drainage de plaie	Exécution seule	1	
	Sous supervision	2	20
	Apprentissage sur place.	3	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

l) Pansements aseptiques	Exécution seule 1		
	Sous supervision 2	21	
	Apprentissage sur place .. 3		
m) Administration d'oxygène	Exécution seule 1		
	Sous supervision 2	22	
	Apprentissage sur place .. 3		

PERFORMANCE DES DIPLOMÉES DE CEGEP

QUESTIONNAIRE B: Evaluation d'une diplomée

Vous devez compléter un questionnaire B pour chacune des diplomées qui ont été choisies au hasard dans votre département.

Evaluation de la performance d'une diplômée

A quel niveau coteriez-vous cette cégépienne en regard des critères de performance? L'échelle peut être utilisée de 1 à 5; le niveau minimal étant de 1 et le niveau maximal de 5. S.V.P. inscrire le chiffre correspondant à votre évaluation dans la case à droite.

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

Q. 1 L'infirmière planifie les soins requis par la condition de son client. (Donc, connaît les besoins du client) [ ] 26

Q. 2 L'infirmière tient compte de la priorité des soins. (Ex. commence par le bain du malade alité plutôt qu'un lit) [ ] 27

Q. 3 Son action nursing est basée sur des principes scientifiques. (Initiative de soins; ex. position pour favoriser la respiration). [ ] 28

Q. 4 Vérifie l'efficacité de son action nursing. [ ] 29

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

143

Q. 5 Elle observe les signes et symptômes, objectifs et subjectifs, du client. ☐ 30

31

Q. 6 Ses observations au dossier sont pertinentes et tiennent compte de l'évolution des manifestations pathologiques. ☐ 32

Q. 7 L'infirmière connaît les moyens d'investigation les plus usuels. ☐ 33

Q. 8 Elle prépare psychologiquement son client pour un examen ou intervention (Ex. exercices respiratoires). ☐ 34

Q. 9 Elle prépare physiquement son client pour un examen ou intervention. ☐ 35

Q. 10 Elle surveille les points importants pré- et post-examen ou intervention. ☐ 36

37

Q. 11 Elle connaît l'action et les éléments de surveillance spécifiques et secondaires des médicaments les plus souvent employés. ☐ 38

Q. 12 Elle respecte l'horaire des médicaments. ☐ 39

Q. 13 Elle connaît la posologie des médicaments et respecte la dose. ☐ 40

Q. 14 Elle identifie le bon client dans l'administration de la médication. ☐ 41

42

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

Q. 15 Elle connaît les principes d'asepsie. (ex. elle peut expliquer au client comment se donner une injection de façon aseptique). ☐ 43

Q. 16 Elle respecte les principes d'asepsie. ☐ 44

Q. 17 Elle manipule avec "facilité" le matériel utilisé. ☐ 45

Q. 18 Elle organise son horaire sans perte de temps, de matériel et d'énergie. ☐ 46 47

Q. 19 Elle connaît les buts et principes des principales diètes (Peut répondre aux questions de son client). ☐ 48

Q. 20 Elle vérifie la compréhension et l'acceptation de la diète de son client. ☐ 49 50

Q. 21 L'infirmière utilise un vocabulaire accessible pour communiquer avec le client et son entourage. ☐ 51

Q. 22 Elle favorise l'autonomie du client par l'enseignement qu'elle dispense. ☐ 52

Q. 23 Elle oriente le client et sa famille vers les ressources communautaires. ☐ 53

Q. 24 Elle communique facilement avec l'autorité. ☐ 54

Q. 25 Elle communique facilement avec l'équipe soignante. ☐ 55 56

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PERFORMANCE DES DIPLOMÉES DE CEGEP

QUESTIONNAIRE C: Renseignements généraux

Mode de réponses:

Dans la plupart des cas, vous n'avez qu'à encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

Exemple:

De quel CEGEP êtes-vous?

Bois de Boulogne 1

Maisonneuve 2

Vieux Montréal ..... (3)

Edouard Montpetit 4

Q. 1 A quel hôpital travailles-vous?

Hôtel-Dieu de Montréal 1

Notre-Dame 2 57

Saint-Luc 3

Ste-Jeanne D'Arc 4

Maisonneuve 5

Sacré-Coeur 6

Charles Le Moyne 7

Ste-Justine 8

Q. 2 A quel département travailles-vous?

Chirurgie	1	58
Médecine	2	
Pédiatrie	3	
Soins intensifs	4	
Unité coronarienne	5	
Unité de choc	6	

Q. 3 De quel CEGEP êtes-vous?

Bois de Boulogne	1	59
Maisonneuve	2	
Vieux Montréal	3	
Edouard Montpetit	4	

Q. 4 Quelle est votre année de promotion au Collège?

1971	1	60
1972	2	

Q. 5 Depuis combien de temps travailles-vous au département actuel?

moins de 30 jours	1	61
1 - 3 mois	2	
4 - 6 mois	3	
7 - 9 mois	4	
10 - 12 mois	5	
13 mois et plus	6	

UNIVERSITE DE MONTREAL

Q. 6 Quel poste occupez-vous présentement?

Infirmière soignante de jour.....	1	
Infirmière chef d'équipe	2	62
Infirmière assistante	3	
Infirmière soignante de soirée	4	
Infirmière soignante de nuit	5	

Q. 7 Sur votre département on traite :

Femmes	1	
Hommes	2	63
Femmes et hommes	3	
Enfants	4	

Q. 8 D'après vous, quelle devrait être la durée de formation clinique médico-chirurgicale dans le cours collégial?

moins de 1 mois	1	64
1 mois	2	
2 mois	3	
3 mois	4	
4 mois	5	
5 mois	6	
6 mois ou plus	7	

Q. 9 D'après vous quelle devrait être la durée de la période d'essai de la diplômée à l'arrivée sur le marché du travail?

1 mois 1
2 mois 2
3 mois ..... 3 — 65
4 mois 4
5 mois 5
6 mois 6
plus de 6 mois.... 7

Q. 10 Dans votre cas, quelle a été la durée de cette période d'essai?

moins d'un mois 1
1 mois 2
2 mois ..... 3 — 66
3 mois 4
4 mois 5
5 mois 6
6 mois 7
plus de 6 mois 8

Q. 11 Vous sentez-vous insécure face à l'accomplissement de votre travail?

Beaucoup ..... 1 — 67
Moyennement 2
Peu 3

Q. 12 A quoi attribuez-vous cette insécurité?

Manque de connaissances théoriques 1

Manque d'habileté 2 68

Les deux facteurs précédents 3

Période d'essai trop courte 4

Autres (spécifiez) _____ 5

Q. 13 Combien de temps après l'arrivée sur le marché du travail croyez-vous que la diplômée puisse accéder au poste de chef d'équipe?

moins d'un mois 1 69

1 - 3 mois 2

4 - 6 mois 3

7 - 9 mois 4

10 - 12 mois 5

plus d'un an 6

Evaluation de votre performance

A quel niveau vous coteriez-vous en regard des critères de performance ci-dessous? L'échelle peut être utilisée de 1 à 5; le niveau minimal étant de 1 et le niveau maximal de 5. S.V.P. inscrire le chiffre correspondant à votre évaluation dans la case à droite.

Pour chacun des critères, il s'agit d'évaluer personnellement votre rendement actuel.

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

Q. 14 L'infirmière planifie les soins requis par la condition de son client. (Donc, connaît les besoins du client). ☐ 70

Q. 15 L'infirmière tient compte de la priorité des soins. (Ex. commence par le bain du malade alité plutôt qu'un lit). ☐ 71

Q. 16 Vérifie l'efficacité de son action nursing. ☐ 72

Q. 17 Son action nursing est basée sur des principes scientifiques. ☐ 73

Q. 18 Elle observe les signes et symptômes, objectifs et subjectifs, du client . ☐ 74

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

Q. 19 Ses observations au dossier sont pertinentes et tiennent compte de l'évolution des manifestations pathologiques. ☐ 75

76-77

☐ 80

Q. 20 L'infirmière connaît les moyens d'investigation les plus usuels. ☐ 1

Q. 21 Elle prépare psychologiquement son client pour un examen ou intervention (ex. exercices respiratoires). ☐ 2

Q. 22 Elle prépare physiquement son client pour un examen ou intervention. ☐ 3

Q. 23 Elle surveille les points importants pré- et post- examen ou intervention. ☐ 4

5

Q. 24 Elle connaît l'action et les éléments de surveillance spécifiques et secondaires des médicaments les plus souvent employés. ☐ 6

Q. 25 Elle respecte l'horaire des médicaments. ☐ 7

Q. 26 Elle connaît la posologie des médicaments et respecte la dose. ☐ 8

Q. 27 Elle identifie le bon client dans l'administration de la médication. ☐ 9

10

Inférieure		Moyenne		Supérieure
1	2	3	4	5

Q. 28 Elle connaît les principes d'asepsie. (ex. elle peut expliquer au client comment se donner une injection de façon aseptique) ☐ 11

Q. 29 Elle respecte les principes d'asepsie. ☐ 12

Q. 30 Elle manipule avec "facilité" le matériel utilisé. ☐ 13

Q. 31 Elle organise son horaire sans perte de temps, de matériel et d'énergie. ☐ 14

15

Q. 32 Elle connaît les buts et principes des principales diètes. (peut répondre aux questions de son client). ☐ 16

Q. 33 Elle vérifie la compréhension et l'acceptation de la diète de son client. ☐ 17

18

Q. 34 L'infirmière utilise un vocabulaire accessible pour communiquer avec le client et son entourage. ☐ 19

Q. 35 Elle favorise l'autonomie du client par l'enseignement qu'elle dispense. ☐ 20

Q. 36 Elle oriente le client et sa famille vers les ressources communautaires. ☐ 21

Q. 37 Elle communique facilement avec l'autorité. ☐ 22

Q. 38 Elle communique facilement avec l'équipe soignante. ☐ 23

24

[2] ☐☐☐

80 25 26 27

UNIVERSITE DE MONTREAL

Appendice B

Objectifs utilisés pour la construction du questionnaire d'évaluation

OBJECTIF

1. L'ETUDIANTE DOIT ETRE CAPABLE:

D'IDENTIFIER LES PERTURBATIONS BIO-PSYCHO-SOCIALES DU CLIENT EN TENANT COMPTE DES FACTEURS INDIVIDUELS (AGE-SEXE - MILIEU SOCIO-CULTUREL ET HABITUDES DE VIE) ET DE LA MANIFESTATION PATHOLOGIQUE.

Critères de performance:

L'étudiante atteint cet objectif si elle est capable de:

1.1 Elaborer l'histoire nursing du client: _____

- orienter le "questionnaire" en tenant compte des informations déjà fournies au dossier;
- recueillir les informations en rapport avec la pathologie en cause;
- la tenir à jour.

1.2 Enoncer les signes et symptômes observés chez le client _____

1.3 Comparer et expliquer le tableau clinique et le tableau théorique de la perturbation _____

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

OBJECTIF

2. L'ETUDIANTE DOIT ETRE CAPABLE DE PLANIFIER LES SOINS REQUIS PAR LA CONDITION ACTUELLE DU CLIENT EN:

- IDENTIFIANT LES BESOINS D'AIDE INHERANT AUX PERTURBATIONS;
- CHOISISSANT LES ACTIONS NURSING APPROPRIEES;
- EVALUANT L'EFFICACITE DE L'ACTION.

Critères de performance:

L'étudiante atteint cet objectif si elle est capable de:

2.1 Nommer les besoins du client _____

2.2 Les expliquer d'après ses connaissances _____

2.3 Les justifier d'après ses observations _____

2.4 Noter les observations pertinentes au dossier suivant l'importance de ces besoins _____

2.5 Noter ces besoins au plan de soins _____

2.6 Fixer des objectifs à court et à long terme en tenant compte de la priorité des besoins _____

2.7 D'expliquer les principes scientifiques à la base des actions nursing _____

2.8 Démontrer que l'action posée a satisfait ou non les besoins du client _____

2.9 Apporter les modifications nécessaires _____

OBJECTIF

3. L'ETUDIANTE DOIT ETRE CAPABLE:

D'EXECUTER DE FACON RESPONSABLE LES SOINS GENERAUX ET SPECIFIQUES DEPENDANTS ET INDEPENDANTS:

3.1 EN REGARD DES PROCEDES D'INVESTIGATION LES PLUS COURAMMENT UTILISES.

Critères de performance:

L'étudiante atteint cet objectif si elle est capable de:

3.11 Consulter les références disponibles _____

3.12 Enumérer le ou les but(s) _____

3.13 Préparer le malade physiquement _____

3.14 Préparer le malade psychologiquement en expliquant le but de l'examen, la procédure et la participation attendus du client _____

3.15 Exécuter les soins spécifiques post-examen et énumérer les éléments de surveillance _____

3.2 EN REGARD DE LA THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE.

3.21 Consulter les références disponibles _____

3.22 Nommer la classe, le but, l'action attendue et les éléments de surveillance relatifs au médicament avant son administration _____

3.23 Préparer et administrer les médicaments avec rigueur:
- bon client
- bon moment
- bonne dose
- voie d'administration

_____

3.24 D'observer et de noter les effets spécifiques et secondaires_____

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

3.3 EN REGARD DE LA DIETOTHERAPIE

3.31 Expliquer le but et les princi[illegible] diète _____

3.32 En vérifier la compréhension auprès du client _____

3.33 Remplacer les aliments par leurs équivalents après consultation de la diététiste _____

3.34 Aider le client à composer son menu en tenant compte de ses habitudes alimentaires et de sa pathologie _____

3.35 Vérifier le degré d'acceptation du client face à sa diète et utiliser les moyens de motivation appropriés _____

3.36 Informer qui de droit sur l'inappétence du client_____

D'EXECUTER LES SOINS GENERAUX ET SPECIFIQUES, DEPENDANTS ET INDEPENDANTS

3.4 EN REGARD DE LA THERAPEUTIQUE GENERALE

3.41 Justifier légalement son action _____

3.42 Etablir son horaire de travail selon le milieu et les besoins du client sans perte de temps, de matériel et d'énergie _____

3.43 Expliquer les principes scientifiques à la base de l'action__ ____

3.44 Diminuer le niveau d'anxiété du client _____

3.46 Respecter les principes d'asepsie_____

3.47 Manipuler avec facilité le matériel utilisé _____

UNIVERSITE DE MONTREAL

3.5 EN REGARD DE LA THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

3.51 Expliquer la nature de l'intervention _____

3.52 Préparer physiquement le client: consentement opératoire, analyses et examens, rasage, lavement, prescriptions médicales, et routine de départ pour S.O. _____

3.53 Préparer psychologiquement le client en l'informant sur:
- les exercices respiratoires et musculaires
- la condition post-opératoire
- la collaboration qui sera demandée

et en lui faisant pratiquer les exercices respiratoires et musculaires en préparation à la période post-opératoire _____

3.54 Rapporter avec précision les observations pertinentes concernant les complications post-opératoires:
- personnes responsables
- notes au dossier
- modification du plan de soins

_____

3.55 Noter l'évolution du client, modifier son action en regard de cette évolution et la justifier _____

OBJECTIF

L'ETUDIANTE DOIT ETRE CAPABLE:

4. D'ENSEIGNER AU CLIENT ET/OU A L'ENTOURAGE LES PRINCIPES ET LES PRATIQUES NECESSAIRES A LA PROMOTION, AU MAINTIENT ET AU RECOUVREMENT OPTIMAL DE SA SANTE.

Critères de performance:

L'étudiante atteint cet objectif si elle est capable de:

4.1 Etablir le plan d'enseignement à dispenser à chacun de ses clients _____

4.2 Justifier ses interventions d'enseignement _____

4.3 Utiliser les ressources disponibles pour clarifier son enseignement _____

4.4 Vérifier les connaissances antérieures du client _____

4.5 Utiliser un vocabulaire juste et accessible au client et à son entourage _____

4.6 Dispenser cet enseignement à un individu, une famille ou à un groupe _____

4.7 Formuler et transmettre au client et/ou à son entourage un plan de soins de départ _____

4.8 Orienter son enseignement pour favoriser et développer l'autonomie du client _____

4.9 Vérifier la compréhension de son enseignement et les réactions qu'il suscite _____

4.10 Orienter le client vers les ressources communautaires susceptibles de promouvoir sa réadaptation dans son milieu et la société _____

UNIVERSITE DE MONTREAL

OBJECTIF

L'ETUDIANTE DOIT ETRE CAPABLE:

5. POUR UN SOIN OPTIMAL, D'ETABLIR LES COMMUNICATIONS NECESSAIRES:

5.1 AVEC LE CLIENT ET SON ENTOURAGE

Critères de performance:

L'étudiante atteint cet objectif si elle est capable de:

5.11 S'adresser au client et à son entourage avec calme, tact et sans familiarité _____

5.12 Utiliser un langage juste, clair et adapté au client en tout temps _____

5.13 Percevoir les communications non-verbales _____.

5.14 Accepter et s'adapter à toutes les catégories de clientèle ex.: mourants, chroniques, vieillards _____

5.15 Taire toute information acquise pouvant porter préjudice au client _____

5.16 Sécuriser le client et son entourage par sa communication verbale et non-verbale _____

5.2 AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE ET MULTIDISCIPLINAIRE

5.17 Véhiculer et demander l'information à qui de droit dans l'équipe _____

5.18 Concilier son action et ses objectifs avec ceux des autres membres de l'équipe _____

5.19 Tenir compte des remarques justifiées provenant de l'équipe _____

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Appendice C

Correspondance

(LETTRE AUX DIRECTRICES)

Le 7 mars 1973

Depuis deux ans déjà les CEGEP ont fourni au milieu hospitalier des groupes d'infirmières diplômées. Les opinions quant à la qualité de ces infirmières sont actuellement très partagées. On doit cependant reconnaître que peu d'études systématiques n'ont encore été entreprises afin d'identifier les difficultés et les qualités de ces diplômées.

Le service de recherche du Collège du Vieux Montréal entreprend donc à cet effet une recherche scientifique portant sur l'évaluation de la performance des diplômées de Cegep en milieux hospitaliers. Pour permettre cependant d'approfondir cette recherche, plutôt que de survoler une situation générale, nous limitons notre étude aux infirmières travaillant en milieu médico-chirurgical. La recherche sera effectuée par mode de questionnaires (exemplaires ci-joint) distribuée à un échantillon d'infirmières-chefs et de diplômées de Cegep.

Nous aimerions recevoir votre appui et votre aide pour le déroulement de cette recherche. Il est en effet évident que le test final pour les diplômées s'effectue sur le marché du travail; c'est pourquoi, sans votre appui, il nous est impossible de connaître l'évaluation que vous faites de nos diplômées. En retour, nous nous engageons à vous transmettre les résultats de cette recherche au moment de leur publication, soit à l'automne de cette année.

Spécifiquement, nous aimerions vous demander trois choses:

1- La permission de procéder à une telle recherche dans votre hôpital, c'est-à-dire nous permettre de distribuer un questionnaire à un échantillon d'infirmières-chefs et de diplômées que nous choisirons nous-même au hasard.

2- La permission de rencontrer un membre du personnel de la section d'éducation de votre hôpital, afin d'acheminer les questionnaires par l'entremise de cette personne; ceci afin d'augmenter la proportion de questionnaires retournés et nous permettre d'avoir ainsi un échantillonnage suffisant.

3- La liste des diplômées de 1971 et de 1972 des quatre cegep suivante: Bois-de-Boulogne, Edouard-Montpetit, Maisonneuve, Vieux Montréal, travaillant chez vous en milieu médico chirurgical (en spécifiant leur département).

Pour faire suite à cette lettre, Mlle Jeanne-Aimée Richard, I. L., professeur au Collège du Vieux Montréal, communiquera avec vous dans les jours qui suivent.

Soyez assurée à l'avance de nos remerciements pour ce travail que nous vous demandons. Entre temps, si vous désiriez avoir de plus amples informations, ou pour toute autre raison tout au long de la recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous, au Service de recherche.

Veuillez agréer, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Jeanne-Aimée Richard, I. L., B. Sc. N.
Responsable de la recherche

Jacques Milot, L. Ps.
Coordonnateur du
Service de recherche

JM/hm
Pièces jointes

Le 9 avril 1973

Service de recherche

Chère infirmière-chef,

Depuis deux ans déjà les CEGEP ont fourni au milieu hospitalier des groupes d'infirmières diplômées. Les opinions quant à la qualité de ces infirmières sont actuellement très partagées. On doit cependant reconnaître que peu d'études systématiques ont été entreprises à ce jour afin d'identifier les difficultés et les qualités de ces diplômées.

Le service de recherche du Collège du Vieux Montréal entreprend donc à cet effet une recherche scientifique portant sur l'évaluation de la performance des diplômées de Cegep en milieux hospitaliers. Pour permettre cependant d'approfondir cette recherche, plutôt que de survoler une situation générale, nous limitons notre étude aux infirmières travaillant en milieu médico-chirurgical. La recherche sera effectuée par mode de questionnaires (exemplaires ci-joint) distribués à un échantillon d'infirmières-chefs et de diplômées de Cegep.

Nous aimerions recevoir votre appui et votre aide pour le déroulement de cette recherche. Il est en effet évident que le test final pour les diplômées s'effectue sur le marché du travail; c'est pourquoi, sans votre appui, il nous est impossible de connaître l'évaluation que vous faites de nos diplômées. En retour, nous nous engageons à vous transmettre les résultats de cette recherche au moment de leur publication, soit à l'automne de cette année.

...2

2.

Voici, spécifiquement, l'aide que nous souhaitons recevoir de vous:

1. Répondre vous même aux 2 ou 3 questionnaires d'évaluation des diplômées.

2. Distribuer les enveloppes contenant un questionnaire aux diplômées dont le nom figure sur l'une des enveloppes qui vous ont été remises.

3. Voir à récupérer des diplômées leur questionnaire rempli et remettre tous ces questionnaires (les vôtres et les leurs) à la section d'éducation de votre hôpital.

Merci de votre collaboration.

Jeanne-Aimée Richard, I.L., B. Sc. N.
Responsable de la recherche

Jacqueline Robitaille, M.Sc., Soc.
Service de recherche

-/hm
pièces jointes.

Le 9 avril 1973 Service de recherche

Chère diplômée,

En collaboration avec le Service de recherche du Collège du Vieux Montréal, nous désirons évaluer la performance des diplômées de Cegep dans le milieu hospitalier. Par cette étude, nous espérons déceler les problèmes qu'elles y rencontrent et peut-être atteindre un équilibre entre le programme de formation pédagogique et les attentes du marché du travail.

Il est entendu que, pour atteindre un tel objectif, nous avons besoin de votre entière collaboration. En retour, nous vous assurons l'anonymat et des résultats pour l'automne 1973.

Tout ce que vous avez à faire c'est de répondre au questionnaire ci-joint et de remettre l'enveloppe cachetée à votre infirmière-chef qui l'acheminera vers la section d'éducation de votre institution, laquelle nous la fera parvenir.

Merci de votre collaboration.

Jeanne-Aimée Richard, I.L., B. Sc. N.
Responsable de la recherche

Jacqueline Robitaille
Service de recherche

JM/hm
pièce jointe

Références

ALLEN, Moyra et Reidy, M. (1971). Learning to nurse. The first five years of the Ryerson nursing program. The Registered Nurses, Association of Ontario.

ASSOCIATION des Infirmières de la Province de Québec. (1965). Projet de réforme de l'enseignement infirmier dans la Province de Québec. Mémoire présenté au Ministère de l'Education. Association des Infirmières de la Province de Québec. Montréal.

ASSOCIATION des Infirmières de la Province de Québec. (1969). Etudes des normes de l'enseignement infirmier dans le contexte de l'enseignement collégial. Etude présentée à la Direction Générale de l'Enseignement Collégial par un comité ad hoc. Montréal.

ASSOCIATION des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec. (1972). La formation infirmière dans les CEGEP après cinq ans d'existence. Association des Infirmières et des Infirmiers de la Province de Québec. Montréal.

BAZIN, Alfred, T. (1932). Résumé du rapport de l'enquête au sujet de la formation des gardes-malades au Canada. Association des Gardes-malades Enregistrées de la Province de Québec. Montréal.

FOREST, Jeanne. (1965). Opinions de sept groupes de personnes en contact avec, l'étudiante-infirmière par rapport à des comportements généralement désirables ou inacceptables. Thèse de doctorat inédite, Université d'Ottawa.

FORTIN, Jacqueline. (1972). Intégration, en milieu hospitalier, de diplômées en Techniques infirmières enseignées dans les C.E.C.E.P. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

GROUPEMENT régional des Directrices du Nursing, région no. 6. (1972). Intégration des infirmières diplômées de C.E.C.E.P. Rapport inédit, Montréal.

LEFEBVRE, Denise. (1955). Techniques d'évaluation des Ecoles d'infirmières. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LUSSIER, Rita. (1970). Expressed orientation needs of nurses graduating from the C.E.G.E.P. in the Province of Quebec. Thèse de maîtrise inédite, Université de Boston.

MONTAG, Mildred. (1959). Community college education for nursing. New York. McGraw-Hill.

MUSSALEM, Helen, K. (1964). A path to quality. A plan for the Development of Nursing Education Programs Within the General Educational System of Canada. Ottawa: Canadian Nurses Association.